



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tesis previa a la obtención del título de Especialista
en Medicina Familiar y Comunitaria**

**AUTOPERCEPCIÓN Y CONSTRUCTO DE LA IMAGEN CORPORAL Y
SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD RICAURTE 2015.**

Autor:

Md. Elizabeth Lilian De La Cruz Yamunaqué

C.I. 0104632450

Director:

Dra. Sandra Victoria Abril Ulloa

C.I. 0103733481

Cuenca – Ecuador

2017

RESUMEN

Antecedentes: La obesidad es una epidemia, relacionada con factores intrapersonales (percepción de la imagen e insatisfacción corporal), los familiares (funcionalidad familiar) y socioculturales (influencia de la publicidad, y entorno social).

Objetivos: Determinar la autopercepción de la imagen corporal y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad, Ricaurte 2015.

Materiales y Métodos: Estudio cuanti-cualitativo. Cuantitativo: observacional, analítico- transversal, muestra de 364 adultos, 18 y 64 años, con sobrepeso y obesidad de Ricaurte, Azuay. Se aplicó el APGAR familiar, CIMEC, y el IPAQ. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15. Cualitativo: tres grupos focales.

Resultados: percepción errada de la imagen del 63,2%. Insatisfacción corporal del 78%. Relación significativamente estadística de la insatisfacción con la percepción de la imagen ($p=0,00$). Las mujeres presentaron una alta influencia de los modelos estéticos marcados por la publicidad $10,8 \pm 7,7$.

El 39,3% realiza baja actividad, no se encontró relación entre la percepción de la imagen y la realización de actividad física ($p=0,652$). Las personas con insatisfacción corporal presentan 5,7 veces mayor riesgo para una percepción inadecuada (OR: 5,70; IC_{95%}: 3,329 – 9,790; $p= 0,000$). Existen ambivalencias en los sentimientos entorno al cuerpo, estos van desde la indiferencia hasta la tristeza y el rechazo.

Conclusiones: elevada percepción inadecuada e insatisfacción corporal en las personas con sobrepeso u obesidad. La percepción de la imagen no está relacionada con la funcionalidad familiar ni la actividad física. Los sentimientos entorno al cuerpo son diversos.

Palabras Claves: AUTOPERCEPCION, IMAGEN CORPORAL, SOBREPESO, OBESIDAD, ACTIVIDAD FISICA.

ABSTRACT

Background: Obesity is an epidemic, related to intrapersonal factors (perception of the image and body dissatisfaction), family (family functionality) and sociocultural (influence of advertising, and social environment).

Objectives: To determine self-perception of body image and its relation to physical activity in overweight and obese adults, Ricaurte 2015.

Materials and Methods: Quantitative-qualitative study. Quantitative: observational, analytical-transverse, sample of 364 adults, 18 and 64 years, overweight and obesity of Ricaurte, Azuay. The family APGAR, CIMEC, and IPAQ were applied. Statistical analysis was performed with the SPSS v15 program. Qualitative: three focus groups.

Results: wrong perception of the image of 63.2%. Body dissatisfaction of 78%. Significantly statistically significant dissatisfaction with the perception of the image ($p = 0.00$). The women showed a high influence of the aesthetic models marked by the advertising $10,8 \pm 7,7$.

39.3% performed low activity, no relation was found between the perception of the image and the performance of physical activity ($p = 0.652$). People with body dissatisfaction are 5.7 times higher risk for inadequate perception (OR: 5.70, 95% CI: 3,329 - 9,790, $p = 0,000$). There are ambivalences in the feelings around the body, these range from indifference to sadness and rejection.

Conclusions: high inadequate perception and body dissatisfaction in overweight or obese individuals. The perception of the image is not related to family functionality or physical activity. The feelings around the body are diverse.

Key Words: AUTOPERCEPTION, BODY IMAGE, OVERWEIGHT, OBESITY, PHYSICAL ACTIVITY.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
AUTORÍA	6
RECONOCIMIENTO	7
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	14
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO III	26
3.1 HIPÓTESIS	26
3.2 OBJETIVO GENERAL	26
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO IV	27
4. Metodología	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2 Área de Estudio	27
4.3 Población de Estudio	27
4.4 Universo y Muestra	27
4.5 Variables	29
4.5.1 Matriz de Variables	29
4.5.2 Operacionalización de las variables	30
4.6 Criterios de inclusión y exclusión	31
4.6.1 Criterios de inclusión	31



4.6.2 Criterios de exclusión.....	31
4.7 Procedimientos e instrumentos para la recolección de los datos.....	32
4.8 Plan de análisis.....	38
4.9 Aspectos éticos.....	40
CAPITULO V.....	41
5.1. Resultados.....	41
CAPITULO VI.....	61
6. DISCUSIÓN.....	61
CAPITULO VII.....	66
7.1. Conclusiones.....	66
7.2. Recomendaciones.....	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
9. ANEXOS.....	73

AUTORÍA

Yo, Md. Elizabeth De La Cruz Yamunaqué, autora de la Tesis: **AUTOPERCEPCIÓN Y CONSTRUCTO DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD, RICAURTE 2015**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Abril del 2015



Md. Elizabeth De La Cruz Yamunaqué

C.I: 0104632450

RECONOCIMIENTO

Yo, Md. Elizabeth De La Cruz Yamunaqué, autora de la Tesis: **AUTOPERCEPCIÓN Y CONSTRUCTO DE LA IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD, RICAURTE 2015**. Reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, Abril del 2015



Md. Elizabeth De La Cruz Yamunaqué

C.I: 0104632450

AGRADECIMIENTO

A mis padres, Ricardo y Carmen, por ser ejemplo de superación, y enseñarme que lo bueno de caer es aprender a levantarse y cada día llegar más lejos.

A mi esposo, Juan, por entender todo el tiempo que no pude disfrutar junto a él, y a pesar de eso incentivarme a continuar por mi bienestar y el de la familia.

A mi suegra, Martha, más que suegra madre, por la taza de café en la madrugada, los abrazos y apoyo incondicional, pero sobre todo por estar ahí para mis hijos cuando yo no pude estar.

A mis hijos Sebastián y Nicolás, por las noches de compañía, y múltiples preguntas que me mantenían despierta.

A mi hermano Christian, por acompañarme en las largas noches de desvelo, ser mi alegría y risa constante en los momentos más difíciles.

A mi director y asesor de Tesis, Dra. Victoria Abril y Dr. Carlos Arévalo, por el apoyo incondicional y dedicación en la realización de este proyecto.

DEDICATORIA

*Sus sonrisas iluminan mi camino,
sus abrazos abrigan mi corazón,
Sus lágrimas oprimen mi pecho
Sebastián y Nicolás, toda mi lucha,
todo mi esfuerzo constante es para ustedes
Los amo.*

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La determinación de la autopercepción de la imagen corporal y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad es importante por el alto porcentaje de personas con problemas nutricionales que acuden al primer nivel de atención. Las consultas se realizan por otras patologías pero no por su problema de peso, debido a que muchas veces las personas no perciben que este se encuentra alterado.

En muchos casos los pacientes ya poseen el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, sin embargo no cuentan con un seguimiento o plan nutricional que les ayude en la pérdida de peso; la prescripción de actividad física por parte del médico es casi nula por lo que solo se recomienda la caminata, sobre todo cuando ya se posee una enfermedad crónica como la diabetes o la hipertensión.

El incremento progresivo de la obesidad en países desarrollados y en vías de desarrollo, ha creado preocupación en la comunidad científica. Actualmente ya no se consideran únicamente los factores biológicos o genéticos en la génesis de la obesidad, sino también factores personales, familiares y socioculturales los que interaccionan en múltiples contextos para dar origen al sobrepeso y la obesidad (1).

Con la ambición de explorar otras formas de entender la obesidad y dar una mejor atención a los usuarios de la salud pública, se aborda distintos aspectos de los factores relacionados con la obesidad. Dentro de los factores intra personales encontramos la percepción de la imagen corporal. Esta se centra en la imagen que se forma en nuestra mente con respecto a nuestro cuerpo, si no coinciden dichas imágenes se enfrenta una distorsión de la misma.

Cuando las personas con obesidad creen que su imagen corporal corresponde al de una persona con un estado nutricional normal no consideran necesario tomar medidas

para mejorar su peso, permitiendo que se cruce la línea del sobrepeso a la obesidad o esta se mantenga en el tiempo con sus múltiples consecuencias.

Los hábitos alimenticios y deportivos tienen su origen en el lecho de la familia. Las prácticas alimenticias, los comportamientos al comer y las relaciones intrafamiliares pueden estar relacionadas con el inicio de un trastorno alimentario (1). Dentro de este contexto surge el interés de estudiar la funcionalidad familiar, y determinar si esta influye con la manera en que las personas se perciben a sí mismas. Las opiniones o críticas que la familia emite acerca del cuerpo o estado nutricional de una persona obesa pueden desencadenar sentimientos de indiferencia, aceptación o rechazo de estas hacia su cuerpo.

Dentro de los factores socioculturales, la influencia del entorno para mantener un cuerpo esbelto como sinónimo de belleza afecta directamente a las personas obesas, sobre todo a las mujeres. Los medios de comunicación promocionan cuerpos delgados y musculosos, lo que genera un rechazo de la persona hacia su imagen y de la sociedad hacia las personas obesas (2).

Los porcentajes de sedentarismo o inactividad física son elevados a nivel nacional, la mayoría de personas conoce de los beneficios de esta sobre su cuerpo, pero son múltiples las dificultades que encuentran para no realizarla, la falta de tiempo por largas jornadas en los quehaceres del hogar o en el trabajo.

Este estudio tiene entre sus intereses conocer si cuando una persona está insatisfecha con su cuerpo, o se percibe más gorda de lo que realmente está toma la decisión o no de realizar actividad física.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La autopercepción de la imagen corporal, puede desencadenar sentimientos y actitudes, positivas o negativas (3). El constructo de dicha imagen está formado por tres indicadores: la insatisfacción corporal, la influencia social y la interiorización del ideal estético de delgadez (4), los que influyen en las conductas alimentarias, y en la actividad física.

La inactividad física y los patrones de alimentación no saludables generan el 9% de la mortalidad prematura a nivel global, además se relacionan directamente con las enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad. El 31% de la población adulta de 18 a 60 años a nivel mundial es físicamente inactiva con una prevalencia del 43,2% en las Américas (5).

Según el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (ENSANUT) realizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2012, la obesidad y sobrepeso en la población adulta de 19 a 60 años a nivel nacional tiene una prevalencia del 62,8%, en la provincia del Azuay es del 44,4% para el sobrepeso y de 19,3% para la obesidad (5).

Al conocer la relación de la autopercepción de la imagen corporal con la actividad física podremos aportar un modelo diferente al tradicional para incentivar al paciente a mejorar su estado nutricional, basándonos en la interiorización y aceptación de la imagen real que este tiene.

Al valorar la influencia de los modelos estéticos corporales y la diferencia entre hombres y mujeres podremos combatir el sobrepeso y la obesidad, epidemia que se incrementa cada año entre 0,5 y 1%(6), respondiendo a un problema de salud relevante en nuestro país.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la autopercepción de la imagen corporal, sus factores determinantes y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad que acuden al Subcentro de Salud de la parroquia de Ricaurte en el 2015?

¿Qué opinan los adultos con sobrepeso y obesidad sobre la autopercepción, los sentimientos y actitudes en torno a su imagen corporal, la actividad física y el sobrepeso y obesidad?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Según estadísticas mundiales, regionales y nacionales, la obesidad es un problema que va cada día en aumento. Numerosos estudios sugieren que la alteración de la imagen corporal es un síntoma que antecede a los trastornos del comportamiento alimentario (7), de igual manera la inactividad física está relacionada con el sobrepeso y obesidad (8), estas últimas se encuentran dentro de la línea nutricional de investigación en salud, propuesta por el MSP para el período 2013-2017, para lograr los objetivos del buen vivir (9).

Son múltiples los factores que influyen en la génesis de la obesidad, los biológicos como la predisposición genética, la influencia del entorno social, y los factores psicológicos, en los cuales encontramos la percepción de la imagen corporal, la cual difiere en cada región (10).

Al existir una diferencia entre el estado nutricional real y el percibido puede haber sobre o subestimación del peso. Pero si se desea tener otra imagen, existe insatisfacción corporal. Estos parámetros conllevan a una obesidad paradójica, sentimientos positivos como despreocupación y comodidad, o negativos como tristeza o culpa (3).

Dada la importancia de la actividad física para la salud es conveniente saber de qué manera puede influenciar ésta en la percepción de la imagen corporal.

Se ha comprobado que la interiorización y la adecuada percepción de nuestro cuerpo puede ser la entrada para que las personas obesas tomen una decisión y cambien sus estilos de vida; la actividad física puede influenciar de manera positiva en la percepción de la imagen corporal ya que las personas físicamente activas están más satisfechas con su cuerpo que las personas sedentarias (11).

CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

Para las personas, la familia es una asociación fundamental para el desarrollo psicológico, pues dentro de esta se presentan las satisfacciones y las frustraciones más intensas, la familia esta entrelazada por vínculos basados en el afecto y por una repartición de tareas. Dentro del ciclo vital familiar se presentan cambios en la composición de la familia, sea por cambios en la cantidad de los miembros, en la edad o en las responsabilidades que poseen cada uno de los integrantes (12). Es así que Duvall propone ocho etapas en la vida familiar, que inician con la formación de la pareja, continua con la llegada del primer hijo el cual cursa por la etapa preescolar, escolar, y adolescente. Al cumplir el hijo mayor de la familia los 20 años o abandonar el hogar se constituye la familia en plataforma, esta etapa se extiende hasta que el último hijo salga del hogar. Al reencontrarse la pareja, y vivir sola se establece la familia en nido vacío (13).

De los cambios en la vida útil se puede ver que surgen tareas críticas en ciertos momentos de nuestras vidas. El dominio de estas tareas nos llena de alegría y nos anima a continuar en busca de nuevos desafíos. Havighurst (1972) identifica tres fuentes de las tareas del desarrollo: las que derivan de la maduración física, de las fuentes personales y las que tienen origen en la presión de la sociedad (14).

De acuerdo con nuestro modelo biopsicosocial, la primera fuente corresponde a la parte de “bio”, la segunda a la “psico” y la tercera al aspecto “social”. Basado en esta premisa Havighurst identifico seis periodos de edad principales, y dividió la edad adulta en adultez temprana (18-35 años), adultez media (35-60 años) y el adulto maduro luego de los 60 años, recalando que en la adultez temprana se culmina el proceso de aceptación de la constitución corporal y el accionar en torno al cuerpo (14).

La familia es la cuna de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones se pueden manifestar como procesos adaptativos del individuo y continuar dentro del hogar a través de las conductas familiares. En la esfera familiar

se produce una crisis cuando una tensión afecta al sistema desencadenando un cambio, de acuerdo con la naturaleza de la tensión podemos encontrar desgracias inesperadas, crisis del desarrollo o normativas, crisis estructurales y de desvalimiento (12).

Al conocer a la familia el Médico Familiar debe ser capaz de apoyarla para mejorar las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de sus integrantes. Según el modelo biopsicosocial los subsistemas (biológico, individual, familiar y comunitario), mantienen una influencia reciproca sobre la salud y la enfermedad, por lo que combinando la atención individual con la familiar se podría actuar de manera más efectiva (12).

Dentro de la atención primaria se debe evaluar la función familiar, Smilkstein diseñó un instrumento similar al Apgar del Recién Nacido, en el que se realiza una medición cualitativa del grado de satisfacción de los miembros de la familia con respecto a cada uno de los componentes básicos de la función familiar (adaptabilidad, participación, desarrollo del gradiente de crecimiento, afectividad y capacidad de resolución) (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y a la obesidad como “la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud”(15). El médico de familia debe afrontar el reto de una enfermedad multifactorial, de difícil manejo y con pocas posibilidades de éxito terapéutico. Una manera sencilla y simple para medir la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se obtiene al dividir el peso en kilogramos para la talla en metros elevada al cuadrado, con esta fórmula podemos clasificar el estado nutricional según la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEGO-2007) como sobrepeso grado I si el valor de IMC se encuentra entre 25 y 26,9, sobrepeso grado II a quienes tienen un IMC entre 27 y 29,9 conocido también como pre obesidad (16) , obesidad grado I entre 30-34,9, grado II entre 35 y 39,9 y grado III con un IMC mayor a 40 (17).

El sobrepeso no representa un problema de salud por si solo sino un factor sociocultural que desencadena sufrimientos que incrementan la consulta por parte del paciente debido a que, puede actuar como factor de trastornos mayores de la

alimentación. Es muy importante establecer la diferencia entre sobrepeso y obesidad pues la principal complicación del sobrepeso sería llegar a la obesidad sin una intervención a tiempo. La obesidad se ha relacionado con un incremento de la morbilidad, representando un importante gasto y problema de salud pública (12).

En el mundo se registran más de 1000 millones de personas con sobrepeso, de ellos 300 millones son clínicamente obesos (18), según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en América Latina y el Caribe (2013), el 23% de los adultos y el 7% de los niños en edad preescolar presentan sobrepeso u obesidad (17).

En el Ecuador la población adulta entre 19 y 60 años presenta 40,6% de sobrepeso y el 22,2% tiene obesidad, el sobrepeso es mayor en hombres con 43,3% y la obesidad en mujeres con 27,6%. La sierra urbana se encuentra en el quinto lugar de sobrepeso y obesidad con un 63,5%, y el Azuay se encuentra en el noveno lugar con 63,8% según la prevalencia por provincias (5).

Según el modelo integrador, comprensivo y multidisciplinario de la obesidad, el desequilibrio energético entre el aporte calórico y el gasto energético, conjuntamente con la influencia de la homeostasis energética y la vulnerabilidad genética ocasionan la obesidad. Se ha comprobado que múltiples aspectos interactúan entre sí para causar la obesidad: los hábitos alimentarios, los hábitos del estilo de vida (deporte, el sueño y la vida sedentaria), y los hábitos psicológicos como el condicionamiento, aspectos cognitivos (pensamientos), y aspectos afectivos (motivaciones) (10).

Un análisis fenomenológico realizado en México para comprender la obesidad encontró que el origen de esta patología se encuentra relacionado con los eventos estresantes de la vida y con la utilización de la comida para mitigar frustraciones, y temores. Los hábitos alimenticios familiares fueron un detonante muy importante y conjuntamente con los factores culturales como la influencia de los medios de comunicación y las fiestas tradicionales que están asociadas con “todo lo que puedas comer” (1).

La obesidad es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular, además contribuye al inicio y agravamiento de otras enfermedades como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes (18). La obesidad facilita la aparición de trastornos funcionales respiratorios como la apnea del sueño, litiasis biliar, empeoramiento de la gota y de la osteoartritis. En la mujer la obesidad incrementa el riesgo de cáncer de mama, endometrio, ovario y vejiga, y en los hombres se relaciona con cáncer de colon y de próstata (12).

El incremento del IMC se encuentra relacionado con una peor calidad de vida, disminución del autocontrol y del esfuerzo para adherirse a rutinas y manejar pensamientos y emociones (19). La experiencia de una persona obesa genera paradojas que van desde personas que viven felices con sus cuerpos grandes (auto aceptación), con emociones como despreocupación y comodidad, se sienten divertidos y felices incluso gozan con la comida, y en el otro extremo encontramos que la obesidad provoca conflicto y frustración, desencadenando sentimientos de tristeza y depresión, autoagresión, compulsión, devaluación y deterioro, culpa y vergüenza, enojo, resistencia y agresividad (3).

El tratamiento clásico de la obesidad implica cinco medidas terapéuticas: el plan alimentario, de actividad física, el programa grupal, multidisciplinario y el tratamiento farmacológico. Para indicar cualquiera de estos planes el médico de familia debe interesarse por su paciente, y establecer una correcta relación para ayudar a mantenerlo (12).

Ensayos clínicos informaron que los médicos con IMC normal reportan discutir con mayor frecuencia la pérdida de peso de sus pacientes en comparación con los médicos con sobrepeso u obesidad, de igual manera tiene mayor confianza para recomendar la dieta y el ejercicio a los pacientes. Sin embargo los médicos con sobrepeso y obesidad tienen mayor confianza para prescribir medicamentos para bajar de peso y reportaban éxito en ayudar a los pacientes a perder peso (20).

El tratamiento por parte de los servicios de consejería consiste en indagar sobre los pensamientos y sentimiento que afloran antes, durante y después de la ingesta de

alimentos, se maneja el autoconcepto, autoestima, estrés, coraje, ansiedad y depresión. Posteriormente se ofrecen servicios de apoyo como intervención grupal, consultoría con la familia utilizando la observación directa, las autoverbalizaciones positivas y la reestructuración cognitiva y conductual que promueven una autoestima más saludable, una aceptación de la imagen corporal y la reducción de los síntomas depresivos (21).

Entre los factores condicionantes del peso corporal está la percepción de la imagen corporal. Esta última se define como la representación mental y la vivencia que cada persona posee de su cuerpo, como uno lo percibe, imagina, siente y actúa con respecto a este (22). La imagen corporal posee varios componentes: uno perceptual que indica como percibimos, el componente cognitivo se refiere a la valoración que tenemos, el componente afectivo abarca los sentimientos y actitudes y el componente conductual son las acciones o comportamientos todos estos relacionados con una parte o con la totalidad de nuestro cuerpo (2).

La autopercepción de la imagen corporal puede ser valorada por medio de modelos anatómicos, los cuales se muestran con su respectivo valor de IMC, Montero y Cols diseñaron 7 modelos, al preguntar a las personas ¿Cuándo se mira desnudo en el espejo con qué imagen se identifica?, las personas podían verse igual, más delgadas o más gordas con respecto a la imagen que correspondía su IMC (22).

Un estudio comparativo entre los estudiantes universitarios (18 a 30 años) de Chile y Panamá mostró una alteración en la percepción de su imagen corporal. Sobre el 60% de los estudiantes chilenos sobreestima su peso, en Panamá en cambio la sobreestimación es inferior al 50%, equiparando los resultados de la subestimación del IMC (hombres 38,6 y mujeres 43,4%), el porcentaje de alumnos que se ve igual es similar al de los estudiantes chilenos (22).

En España el 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligieron modelos correspondientes a sus IMC reales, es decir que los hombres se auto perciben mejor, el 29,2% de los hombres se vio más delgados y el 18,5% más gordos, el 8,6% de las mujeres se ven más delgadas y el 41,1% más gordas. Las mujeres con IMC real

correspondientes a normo peso y sobrepeso se ven más gordas mientras las obesas más delgadas, por otra parte los hombres con normo peso y los obesos se auto perciben más delgados y los que tienen sobrepeso se clasifican correctamente (23).

Se ha demostrado que las variables que influyen en una subestimación del peso corporal es el exceso de peso, ya sea sobrepeso u obesidad, y el sexo masculino. Esto es importante en la salud pública debido a las estadísticas de las patologías antes mencionadas, ya que las personas pueden mantener conductas alimentarias inadecuadas conservando o exacerbando su estado nutricional (6).

Las mujeres son más susceptibles a los ideales estéticos del cuerpo y a la influencia de sus relaciones interpersonales en comparación a los hombres, posiblemente por esta causa los hombres ven su sobrepeso como normal y son más aceptados sobre todo por las sociedades latinas, el problema es que cuando la obesidad se normaliza, el interés por conseguir un peso normal, establecido por el médico, se disminuye (24).

Es importante que las personas tengan una visión concordante entre la imagen corporal y el peso que realmente tienen, ya que el conocimiento de la magnitud de un problema es un factor crítico para la decisión de un cambio, los médicos de la atención primaria y las pacientes de sexo femenino tiene percepciones generalmente concordantes de tamaño y peso corporal, mientras que los pacientes varones, sobre todo aquellos que tienen obesidad se perciben más delgados, discrepando de la percepción de su médico (25). El médico debe asesorar a los pacientes que presentan esta discrepancia sobre el estado nutricional.

La percepción de la imagen corporal está relacionada con la actividad física, pero depende del tipo de deporte, las personas que realizan prácticas deportivas organizadas se sienten más felices con su cuerpo que las personas sedentarias, mientras que las personas que realizan físico culturismo muestran un efecto potencialmente negativo del ejercicio sobre la imagen corporal debido a la relación entre la influencia de la práctica y el rendimiento deportivo, la percepción corporal de la persona y la posibilidad de sufrir trastornos de conducta alimentaria (2).

Una revisión sistemática realizada en Brasil mostró que la mayoría de medidas disponibles para valorar la imagen corporal están destinadas a estudiantes universitarios, la mitad de estos instrumentos evalúan la satisfacción o insatisfacción con todo el cuerpo o con partes del mismo, mientras que la dimensión perceptiva, cognitiva y conductual ha sido descuidada. Las mujeres y adolescentes de ambos sexos son la población más estudiada, se han presentado muchos avances representados por el número de instrumentos disponibles. Sin embargo muchos estudios han utilizado instrumentos no validados, algunos son utilizados exclusivamente en hombres otros en mujeres, otros en ambos sexos, pero el uso de diferentes instrumentos para hombres y mujeres se recomienda para mejorar la fiabilidad y validez del estudio (26).

La insatisfacción corporal se presenta cuando una persona interioriza el concepto de cuerpo ideal, el recomendado en su cultura, y por comparación social determina que su cuerpo es diferente a ese ideal (2), influenciando esto en el grado en que los individuos valoran o desprecian su cuerpo. En un estudio mexicano se encontró que muchas personas obesas tienen una imagen positiva de sí mismos aunque existe imprecisión al mostrar su tamaño corporal (27).

El modelo tripartito de la influencia, relaciona la insatisfacción corporal como mediadora entre la comparación social y la interiorización, algunos estudios indican que la interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la insatisfacción corporal (4). La insatisfacción corporal tiene su origen en factores biopsicosociales, difiere entre los sexos, especialmente en la adolescencia, el principal motivo de insatisfacción no es solo el desear un cuerpo más delgado, sino el deseo de mayor tono muscular, independientemente del sexo (28).

La insatisfacción con la imagen y la masa corporal se encuentra asociada con la autoestima de las mujeres, generalmente las mujeres insatisfechas con su cuerpo tienen menor autoestima, la televisión y las revistas son responsables de la preocupación e inseguridad de las mujeres con su forma corporal, actualmente esta preocupación está alcanzando al género masculino (29). De igual manera estudios muestran una relación directamente proporcional entre el IMC y el grado de

insatisfacción corporal, encontrándose que mientras mayor IMC mayor grado de insatisfacción corporal, las personas con sobrepeso y obesidad muestran una insatisfacción del 92 y 98% respectivamente, siendo más alta en las mujeres (Baja California) (30).

La insatisfacción corporal puede ser determinada al utilizar escalas de valoración de la figura, como los modelos anatómicos. Estudios realizados en Brasil muestran que si existe diferencia entre el IMC real y el deseado, esto muestra que las personas no están satisfechas con el tamaño de su cuerpo indicando insatisfacción corporal (31).

Los profesionales relacionados con los servicios de la salud y del cuidado nutricional han sido un grupo importante de estudio para determinar la insatisfacción corporal y la influencia que esto representa al recomendar estilos de vida saludable a la población que atienden, es así que las estudiantes de enfermería de una universidad de Medellín, Colombia tienen una concordancia entre el IMC real y la percepción de su imagen corporal del 38,2% (32) y las estudiantes de nutrición y dietética de una universidad de Chile el 33% tuvo una percepción adecuada (33).

Las influencias socioculturales promueven, facilitan o justifican el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales, considerando esto Toro, Salamero y Martínez crearon el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-1994), con una versión para mujeres y otra para hombres, está compuesto por 40 preguntas que valoran la ansiedad por la Imagen Corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Este fue validado en una muestra española de 59 mujeres anoréxicas y 59 controles, presentando una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,93, una sensibilidad de 81,4% y especificidad de 55,9%, el punto de corte fue entre 23 – 24 (34).

En el año 2000, el CIMEC fue adaptado y validado en población Mexicana (mujeres con un rango de edad de 14 a 33 años, estudiantes de colegio y universidad) por Vázquez, Álvarez y Mancilla, quienes encontraron una consistencia interna buena ($\text{Alpha} = 0,94$), se analizó la correlación que hay entre cada una de las preguntas y la

puntuación total del instrumento, observándose que la mayoría de las preguntas (34 en total) tiene un adecuado nivel de predicción (34).

La estructura quedó constituida por 4 factores, el primero hace alusión a la influencia de la publicidad, medios de comunicación como la T.V, la radio, las revistas, los libros, y los escaparates, acerca de los modelos estéticos de “delgadez”, incluyendo los comentarios con sus amigas u otras personas. El segundo factor se relaciona con el malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso, el tercer factor se relaciona con la influencia de los Modelos Estéticos Corporales, y a su repercusión en sus relaciones sociales y en la cantidad de alimento que ingieren, y el cuarto factor se relaciona con la asimilación de modelos estéticos, específicamente en la importancia que tienen los amigos (34).

La versión masculina fue adaptada para la población mexicana por el proyecto de Investigación en Nutrición de la Universidad Nacional Autónoma de México, y validado por Vázquez, et al, en el 2010 en estudiantes mexicanos. Así el cuestionario queda constituido por cinco factores, el primero es la influencia de la publicidad, el segundo la influencia de la figura delgada, el tercero el malestar con la imagen corporal, el cuarto la influencia de la figura musculosa el cual trata de explorar la interiorización de los ideales corporales que en los hombres pueden fluctuar entre una figura delgada y una musculosa y el quinto la influencia de las relaciones sociales (35).

En un estudio realizado en España y México, en estudiantes universitarios de ambos sexos, se encontró que los medios de comunicación son los principales promotores de los ideales corporales vigentes, las personas con sintomatología de trastornos de conductas alimentarias obtuvieron mayores puntuaciones, las mujeres mexicanas tuvieron valores más altos de IMC y habían realizado mayor porcentaje de dietas y ejercicio con la finalidad de controlar su peso corporal, concluyendo que las mujeres son más vulnerables a la influencia del modelo de delgadez en comparación con los hombres y destacan el hecho de que las influencias socioculturales son diferente en las dos culturas (36).

De igual forma en estudiantes mexicanos de nutrición se observó una correlación entre la influencia de la publicidad y la influencia de las relaciones sociales asociada a la insatisfacción corporal (37), al estudiar a jóvenes mujeres y a sus madres se encontró que ambas consideran que las relaciones sociales (amigos y familiares) influyen en su propia asimilación del modelo estético de delgadez (38).

Con el paso de los años se ha visto un incremento en la influencia del ideal de belleza en los hombres, pero estos no desean ser más delgados por el contrario su anhelo es verse más musculosos. Esta premisa sobresale en los hombres usuarios de gimnasios, pero al ser comparados con las mujeres que de igual manera acuden a gimnasios, estas últimas no buscan ser más musculosas sino más delgadas (39).

Se denomina actividad física a todo movimiento que realiza el cuerpo humano, desencadenado por la contracción muscular-esquelética que produce un aumento del gasto energético sobre los niveles basales, la actividad física incluye al ejercicio, y a otras actividades que se realizan como parte de la vida diaria (8). La diferencia que existe con el ejercicio es que en este la actividad física se realiza de forma sistemática y planificada, con el objetivo de mejorar o mantener la condición física. La condición física es la capacidad de llevar a cabo las tareas diarias con vigor y prudencia, sin aparición de fatiga y con la energía necesaria para las actividades recreativas, sin provocar daños a la salud (12).

Las personas activas tienen un mejor control sobre su salud, mejores niveles de tensión arterial, peso corporal, y niveles de insulina, por esto la actividad física es una acción protectora muy importante para prevenir un conjunto de problemas crónicos, si se realiza de forma regular incrementa la mineralización de los huesos, mejora la actividad neuromuscular, mejora la percepción de la calidad de vida, y reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En el otro lado encontramos la inactividad física que está considerada como el octavo factor que contribuye a la aparición de las enfermedades crónicas, generando un 10% de años de vida saludables perdidos, y se atribuye el 9 % de mortalidad prematura (5).

Estadísticas a nivel global indican que el 31% de la población adulta es físicamente inactiva, con una prevalencia del 43.2% en las Américas, estas prevalencias se incrementan con la edad, siendo mayor en mujeres y más elevadas en países de altos ingresos.

Dada la importancia de la actividad física para la salud, a mediados de 1990 un grupo de investigadores de diferentes países propusieron un cuestionario estándar, adaptado culturalmente para medir los niveles de actividad física, el cual fue denominado Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), la versión larga proporciona información sobre 4 dominios diferente, las tareas domésticas, tiempo libre, actividades laborales y de transporte, ha sido validado en varios países incluyendo algunos de Latinoamérica, mostrando una adecuada confiabilidad, en este se indaga acerca de la actividad realizada en los 7 días anteriores a la entrevista (40).

En el cuestionario las actividades físicas son divididas según su intensidad, la vigorosa requiere un gasto de energía igual o superior a 8.0 equivalentes metabólicos (METs), incluye ejercicios aeróbicos, correr, pedalear bicicleta rápido, nadar rápido y en general las actividades que aumentan la frecuencia respiratoria mucho más fuerte de lo normal. La actividad física moderada engloba el grupo de actividades que requieren 4 METs/Hora, como montar en bicicleta, trotar a paso regular, bailar en ritmo suave. La actividad física de caminar requiere un gasto de energía de 3.3 METs/Hora (8).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - Ecuador, utilizó una versión extensa del IPAQ, adaptada culturalmente, esta versión fue validada previamente en Colombia con una buena correlación. Los dominios de transporte (caminar, usar bicicleta, y vehículo automotor), y la actividad realizada en el tiempo libre (caminata y actividad física moderada) fueron incluidos y la clasificación de las actividades fue siguiendo las recomendaciones de las Guías Americanas de actividad física, con esto tenemos Inactivo: practica realizada menos de 10 minutos, Baja actividad: entre 10 y 149 minutos (esfuerzos acumulados), y Mediana y Alta actividad: 150 minutos o más (esfuerzos acumulados), todo esto en los 7 días previos a la realización de la encuesta (5).

Los datos obtenidos en el Ecuador muestran que el 40.8% y el Azuay el 43.8% utiliza la caminata para trasladarse. El 3,8% de la población ecuatoriana utiliza la bicicleta como medio de transporte, y en el Azuay la utilizan el 2.0%. El tiempo que pasan las personas en un vehículo automotor en un semana es mayor a 150 minutos en el 65.8% a nivel nacional y en el Azuay el 66%. La actividad física realizada en el tiempo libre es del 34.8% para mediana-alta actividad y el 63.9% se presenta inactivo en su tiempo libre. El ENSANUT llega a la conclusión de que “en todos los grupos poblacionales los niveles de inactividad y sedentarismo son bastante altos, mientras que la proporción de ecuatorianos que llevan una vida activa es inaceptablemente baja” (5)

En un estudio realizado en el Perú, se obtuvo que las personas obesas no realizan actividad física vigorosa por los riesgos que ésta entraña para su salud, dentro de lo cual se encuentran las lesiones musculo esqueléticas, y la muerte súbita sobre todo al realizar actividad física vigorosa aislada sin un incremento gradual de los niveles de la misma. Sin embargo se ha encontrado que un incremento en la actividad física puede conducir a un aumento del consumo de alimentos como mecanismo compensatorio del gasto energético (8).

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La percepción de la imagen corporal se encuentra relacionada con la actividad física.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la autopercepción y constructo de la imagen corporal y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad que acuden al Subcentro de Salud de la Parroquia Ricaurte en el 2015.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1.1. Describir a la población según edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ciclo familiar, funcionalidad familiar, e índice de masa corporal.
- 3.1.2. Determinar la autopercepción de la imagen corporal e insatisfacción corporal mediante modelos anatómicos.
- 3.1.3. Determinar la frecuencia de factores que forman el constructo de la imagen corporal de hombres y mujeres, según una escala validada para cada grupo (CIMEC).
- 3.1.4. Establecer la frecuencia de actividad física de los pacientes mediante el cuestionario internacional IPAQ.
- 3.1.5. Determinar la relación entre la percepción de la imagen corporal con el sexo, nivel de instrucción, estado civil, funcionalidad familiar, insatisfacción corporal, estado nutricional, influencia de los modelos estéticos y actividad física.
- 3.1.6. Conocer la opinión de los adultos con sobrepeso y obesidad con respecto a la autopercepción, sentimientos y actitudes en torno a la imagen corporal, actividad física, sobrepeso y obesidad.

CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio mixto (cuanti-cualitativo), la parte cuantitativa es observacional analítico transversal, se basó en describir datos concretos a través de un formulario de datos que fue llenado el momento en el que los pacientes acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte para obtener una consulta médica.

El componente cualitativo se enfocó en dar interés al pensamiento de los pacientes con sobrepeso y obesidad, orientado a la manera de entender su patología, su autopercepción, sentimientos y actitudes en torno a su imagen corporal, y actividad física.

4.2 Área de Estudio

Parroquia Ricaurte, Subcentro de Salud.

4.3 Población de Estudio

El presente estudio se realizó en el Subcentro de Salud de Ricaurte domiciliado en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, parroquia de Ricaurte; el universo estuvo representado por todos los adultos que viven en la parroquia Ricaurte. De acuerdo a los objetivos de este trabajo, es un estudio descriptivo y cualitativo.

4.4 Universo y Muestra

Estudio Cuantitativo

El universo de estudio está constituido por los adultos que viven en la parroquia de Ricaurte. Unidad de análisis adultos de 18 a 64 años que acuden al Subcentro de Salud.

Para el enfoque cuantitativo, se consideró una población infinita. Se tomó en cuenta la prevalencia más baja de los factores en estudio, que es la de autopercepción de la

imagen corporal inadecuada, que en los hombres es de 38,6% y la de mujeres es de 43,4%. Un nivel de confianza del 95% y un error de inferencia del 5%. Con estos valores el tamaño de la muestra a estudiar es de 364 adultos.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó una fórmula clásica, que aplica para el cálculo de muestras de población infinita. Z_{α} es el coeficiente que depende del nivel de confianza; p es la frecuencia observada de la muestra; $q = 1-p$; e es el margen de error. Se asumió un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y una p igual a 40. Los cálculos efectuados determinaron que el tamaño de la muestra era de 364 adultos.

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

Asignación de los pacientes al estudio

Se analizaron todos los adultos entre 18 y 64 años con sobrepeso u obesidad, que acudieron al Subcentro de Salud de Ricaurte. Se tomó en cuenta la clasificación realizada por Havighurs, en el que se considera el inicio de la adultez a los 18 años. Los pacientes fueron seleccionados con características aleatorias, se eligieron los números impares correspondientes a la lista de atención del call center y posteriormente se procedió a verificar los criterios de inclusión, si el paciente no contaba con dichos criterios se pasó al siguiente paciente.

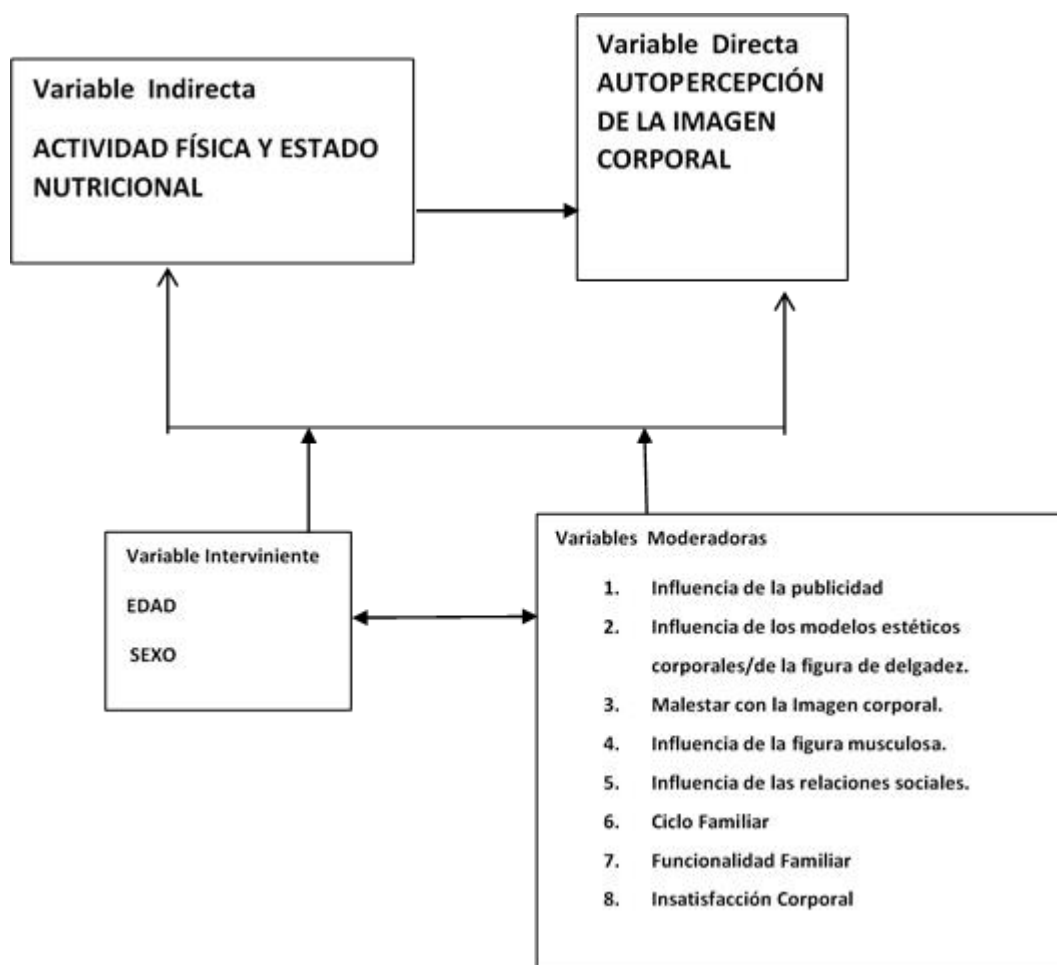
Estudio Cualitativo

Se realizó una búsqueda de los adultos con sobrepeso y obesidad pertenecientes a las familias que previamente poseían una ficha familiar. Se tomó en cuenta la relación médico paciente, como precedente de confianza para facilitar la recolección de opiniones en los participantes.

Se realizaron tres grupos focales conformados por seis personas con sobrepeso u obesidad, tres mujeres y tres hombres. Los integrantes del primer grupo focal tenían edades entre los 20 y 34 años (adulto joven), el segundo grupo entre 35 y 39 años (adulto medio) y el último grupo entre 50 y 64 años (adulto maduro) (13).

4.5 Variables

4.5.1 Matriz de Variables



4.5.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años, según registro de Historia Clínica.	Númerica
Sexo	Características externas que identifican a un individuo como hombre o mujer.	Fenotipo	Fenotipo según registro de la Historia Clínica.	Nominal Hombre Mujer
Nivel de instrucción	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Años de estudio	Años aprobados	Ordinal: Analfabeta Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Estado civil	Situación legal de un individuo en relación a otros y reconocido por las leyes del país.	Situación legal	Situación legal de convivencia.	Nominal: Soltero Casado, Unión libre Divorciado Viudo
Ciclo Familiar	Secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.	Secuencia de Estadios	Secuencia de Estadios.	Nominal: Formación Con hijos pequeños Con hijos pre escolares Con hijos escolares Con hijos adolescentes Plataforma de lanzamiento Nido Vacío
Funcionalidad Familiar	Conjunto de relaciones inter personales que se generan en el interior de cada familia.	Equilibrio entre las relaciones interpersonales.	Test de APGAR	Nominal: Funcional Disfunción Moderada Disfunción Severa
Peso	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.	Cantidad de masa corporal	Kg	Númerica
Talla	Altura de una persona desde los pies hasta la cabeza.	Altura	Cm	Númerica
Estado nutricional	Condición de salud de una persona evaluada por la relación de peso y talla.	Relación peso/talla	IMC (kg/m ²)	Ordinal: Bajo peso (<18,5) Peso normal (18,5-24,9) Sobrepeso (25-29,9) Obesidad (30 o más)
Autopercepción de la Imagen Corporal	Modo en el que una persona percibe su cuerpo.	Percepción y sentimientos respecto al cuerpo.	Modelos Anatómicos	Nominal Igual Subestimación Sobreestimación
Insatisfacción Corporal	Grado en el que las personas aceptan o desprecian su cuerpo	Diferencia entre el cuerpo real y el interiorizado culturalmente deseado.	Diferencia entre el Índice de Masa corporal real y el deseado valorado en los modelos anatómicos	Nominal: Satisfacción Corporal. Insatisfacción Corporal.
Influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC Versión Femenina)	Modelos socio culturales que explican los trastornos de imagen corporal en las mujeres.	Factores que influyen para el constructo de Imagen Corporal Femenina.	Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales versión femenina.	Nominal Influencia de la Publicidad. Malestar por la Imagen Corporal y conductas para reducción de peso. Influencia de modelos estéticos corporales. Influencia de las relaciones sociales.

Influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC Versión Masculina)	Modelos socio culturales que explican los trastornos de imagen corporal en los hombres.	Factores que Influyen para el constructo de Imagen Corporal Masculina.	Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales masculina.	Nominal Influencia de la Publicidad. Malestar por la Imagen Corporal y conductas para reducción de peso. Influencia de la figura de delgadez. Influencia de la figura Musculosa. Influencia de las relaciones sociales.
Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos.	Movimiento Corporal.	IPAQ	Nominal Inactivo (<10 min) Baja actividad (10-149min) Mediana o alta actividad (más de 150 min).

4.6 Criterios de inclusión y exclusión

4.6.1 Criterios de inclusión

Personas que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte con una edad entre 18 y 64 años, con una índice de masa corporal igual y mayor a 25.

4.6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que ingresen al Subcentro de Salud de Ricaurte y no deseen dar la información requerida para las variables de estudio y para el estudio cualitativo pacientes con enfermedades mentales o que se nieguen a participar en los grupos focales.
- Pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas que determinen una afectación en su masa corporal (hipotiroidismo).
- Mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, pacientes con edema, diagnostico psiquiátrico, o que se encuentren bajo tratamiento nutricional específico.
- Personas que en ese momento se encuentren cursando una tensión que afecte el sistema familiar y su organización se consideran en estado de crisis y no se le realizara la escala del APGAR, pero si el resto del estudio.

4.7 Procedimientos e instrumentos para la recolección de los datos

Fue necesario socializar el tema de investigación a las autoridades de esta casa de salud, con el objetivo de que se permita recolectar toda la información de manera directa del paciente.

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto, constituida por 30 adultos, para determinar la comprensión de las preguntas, el tiempo necesario para la realización del cuestionario y si era necesario o no la realización de un instructivo o dar explicaciones adicionales para mejorar la comprensión de las preguntas. Con esta información se organizó y planificó la recolección de datos con la unidad prestadora de salud.

Para cumplir con los objetivos citados, los pacientes fueron captados en la sala de preparación del centro de salud, según el orden de llamada por los turnos asignados por el call center. Se utilizaron criterios aleatorios, específicamente los números impares, se verificaba que cumpla con los criterios de inclusión posterior a la toma de peso y talla, y que desee participar en el estudio firmando el consentimiento informado (Anexo No 11).

Análisis Familiar

El abordaje familiar se realizó investigando el ciclo vital familiar y la funcionalidad familiar.

Ciclo Familiar: Secuencia de etapas que atraviesa una familia desde su principio hasta su fin, Duvall propuso las siguientes fases: Familia en formación: Pareja sin hijos, Familia con hijos pequeños: Primer hijo hasta los 24 meses, familias con hijos pre escolares: primer hijo con edad entre los 2 y 5 años, familia con hijos escolares: hijo mayor entre 6 y 10 años, familias con hijos adolescentes: hijo mayor entre 11 y 19 años, familias en plataforma de lanzamiento: comienza cuando el primer hijo finaliza su adolescencia y continúa hasta que el último hijo abandona el hogar, y la familia en nido vacío: cuando todos los hijos han abandonado el hogar y la pareja vuelve a encontrarse sola (13,41,42).

Funcionalidad Familiar: “Familia funcional es aquella que cumple sus funciones, permitiendo el desarrollo de sus integrantes y enfrenta adecuadamente sus problemas relacionales y crisis familiares” (42). Para valorar este aspecto se utilizó la escala del APGAR (adaptación, participación, crecimiento familiar, afecto y recursos), fue propuesto por Gabriel Smilkstein en 1978, en una versión corta que se utiliza para poblaciones amplias, este test atribuye un puntaje de 2 = casi siempre, 1 = algunas veces y 0 = casi nunca. Clasifica a las familias como familia funcional con un valor entre 7 y 10 puntos, familia con disfunción moderada entre 4 y 6 puntos y familia con disfunción severa entre 0 y 3 puntos (13). En la validación española la fiabilidad test – retest fue superior a 0,75 con una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,84 (42). (Anexo N.º 2).

Valoración Nutricional

Peso

Para valorar el peso se utilizó previa calibración, una báscula mecánica con estadímetro modelo 2392 marca DETECTO, con una capacidad de 180 a 220 Kg y una precisión de 50 gr. Funciona con un sistema de pesas: una pesa grande ubicada en una varilla graduada cada 20 Kg y una pesa pequeña ubicada en la varilla graduada cada 1 Kg hasta 20 Kg.

Se verificó que la balanza se encuentre en una superficie lisa, sin desniveles, se colocaron ambas pesas en cero, el extremo común de las varillas debe mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura, si esto no ocurre se realizarán los ajustes con el tornillo calibrador hasta que la varilla horizontal se mantenga sin movimiento.

Se pide al adulto que se retire los zapatos, y se quede con ropa ligera, posteriormente se ubica en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

Se procede a mover la pesa más grande hasta que el extremo común de las varillas no se mueva, posteriormente se desplaza la pesa pequeña hasta que el extremo común se ubique en la parte central de la abertura y se procede a la lectura.

Talla

Para la medición de la talla se utilizó un tallímetro previa calibración que se encuentra adosado a la balanza descrita previamente, cuenta con una regla medidora interna y una externa. La regla medidora externa cuenta con una línea roja de medición que marca la talla al desplazar la regla interna.

Antes de subir a la plataforma, la cuchara del tallímetro debe rotarse hacia la posición horizontal y colocarse a una altura superior a la que aparenta la persona.

Se le pide al paciente que se despoje de sus zapatos y de cualquier accesorio que se encuentre en la cabeza y pueda afectar la medición, como sombreros o lazos. Posteriormente debe subir a la plataforma con los pies juntos y ubicarse en el centro de esta y la cabeza, hombros, caderas y talones contra la parte anterior del tallímetro. Bajamos cuidadosamente la cuchara horizontalmente, dejamos que caiga suavemente sobre la cabeza, registramos el valor que coincide en la regla interna con la línea de lectura de la regla externa (43).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos para su talla en metros elevada al cuadrado (Kg/m^2). Un valor de IMC entre 25 y 29,9 indica sobrepeso y un valor mayor a 30 indica obesidad (19).

Autopercepción de la Imagen Corporal

Para evaluar la autopercepción de la imagen corporal se utilizó una lámina con 7 modelos anatómicos para ambos sexos, con su respectivo IMC propuestos por Montero y Cols (22), estos modelos han sido utilizados en múltiples estudios realizados en España, Chile y Panamá entre otros países (22,23).

Cada modelo es identificado con una letra y un número, que corresponden a un rango de IMC, así la imagen A = 1 corresponde a un IMC menor a 18,5, B = 2 (18,6 – 24,9), C = 3 (25 – 26,9), D = 4 (27 – 29,9), E = 5 (30 – 34,9), F = 6 (35 – 39,9) y G = 7 (> 40). Estas figuras al momento de ser mostradas no presentaban los valores de IMC antes descritos. Se procedió a preguntarle a los pacientes: ¿Cuándo se mira desnudo en el espejo con qué imagen se identifica?, se permitió que la persona sostenga la lámina en sus manos y únicamente nos indique la letra a la que corresponde la imagen ha seleccionado. (Anexo N° 4).

Percepción de la Imagen Corporal

Se registró en IMC Percibido (IMC P), el IMC real (IMC R) y se agregó el IMC deseado (IMC D). El IMC percibido corresponde a la letra y número seleccionado por el paciente al responder con qué imagen se identifica. El IMC real corresponde a la letra y número que coincide con el valor de IMC calculado previamente. El IMC deseado se obtuvo al preguntar ¿Indique por favor cuál sería el tamaño o figura que desearía tener?, se registra la letra y número que corresponden a la imagen seleccionada.

Finalmente se procede a restar los valores numéricos: $IMC R - IMC P$ y se obtuvieron las siguientes categorías: 1. Se ve igual, cuando el valor es cero, 2. Se ve más delgado de lo que en realidad es, cuando el valor obtenido es superior a cero (Subestimación); y 3. Se ve más gordo de lo que en realidad es, cuando el valor obtenido es inferior a cero (Sobreestimación) (22,23). (Anexo N° 5).

Insatisfacción Corporal

Para conocer la estructura factorial de la imagen corporal valoraremos si existe diferencia entre la imagen corporal percibida y la imagen deseada (31), este parámetro nos indicará si existe o no insatisfacción corporal.

Para evaluar la insatisfacción corporal se calculó de la siguiente manera: $IMC P - IMC D$. Se obtuvieron las siguientes categorías: 1. Si el valor obtenido es cero, indica que no existe insatisfacción corporal y 2. Si el valor obtenido difiere de cero, existe insatisfacción corporal (30). (Anexo N° 5).

Influencia de los modelos estéticos corporales

Según una revisión detallada de la literatura brasileña sobre la Imagen Corporal, el uso de instrumentos diferentes para hombres y mujeres es necesario (26), pues la influencia sociocultural determina que la mujer sea delgada, pero el hombre con sobrepeso u obesidad no siempre desea ser más delgado si no muchas veces más musculoso. Es por esto que se utilizó el Cuestionario de Influencias de los modelos estéticos corporales (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez (1994), con una versión para hombres y otra para mujeres.

CIMEC para mujeres

Este cuestionario fue validado en una población comunitaria de mujeres mexicanas en el 2000, el coeficiente de validez alpha fue 0.94, lo que confirma que el cuestionario CIMEC tiene una satisfactoria consistencia interna con una solución factorial que incluye la influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal y conductas de reducción de peso, influencia de los modelos estéticos corporales y la influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos (34), incluidos en 35 preguntas, las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos, sí siempre (2), sí a veces (1) y no nunca (0). (Anexo No 6).

CIMEC para hombres

El CIMEC versión masculina fue validado en el 2010 en una población mexicana, se observó un alfa de Cronbach de 0.90, lo cual muestra una adecuada consistencia interna del cuestionario, en su estructura factorial se reemplaza la influencia de los modelos estéticos corporales por la influencia de la figura de delgadez, y agrega la influencia de la figura musculosa (44), está conformado por 29 preguntas y al igual que el CIMEC para mujeres las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos, sí siempre (2), sí a veces (1) y no nunca (0). (Anexo No 7).

Actividad Física

Para valorar la actividad física se utilizó la versión extensa del IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), adaptado culturalmente y administrado en el ENSANUT a nivel nacional. Esta versión del IPAQ tuvo una validación de criterio en Colombia con una correlación de Spearman de 0,42 ($p=0,006$), adicionalmente la reproducibilidad test-re test fue del 0,69 ($p<0,001$) (5,40).

Se analizó la actividad física relacionada con el transporte, dentro de este la caminata (CT), el uso de bicicleta (BT) y el tiempo dedicado a desplazarse en vehículos automotores como medio de transporte, al menos durante 10 minutos continuos.

La actividad física en el tiempo libre (AFTL), fue aquella realizada únicamente por recreación, deporte, o ejercicio en su tiempo libre sin incluir las actividades que ya se mencionaron como medio de transporte; así encontramos la caminata, la actividad física moderada (hace respirar algo más fuerte de lo normal por lo menos durante 10 minutos seguidos como montar en bicicleta, trotar a paso regular o bailar a un ritmo suave), y la actividad física vigorosa (hace respirar mucho más fuerte que lo normal por lo menos 10 minutos seguidos, como practicar fútbol, realizar ejercicio aeróbicos, correr, cicular rápido o nadar rápido) .

Los resultados se reportaron como Inactivo: menos de 10 minutos, Baja actividad: entre 10 a 149 minutos y Mediana o alta actividad de 150 minutos o más, todos estos en los últimos 7 días (5).

Se estudió la actividad física global como un estimador consolidado, se sumaron los tiempos de las actividades moderadas y vigorosas, y se construyeron las siguientes categorías (5):

1. Inactivo: Si el adulto realizó menos de 10 minutos en los últimos siete días de actividad física en cualquiera de los dominios analizados (AFTL, CT o BT).
2. Baja actividad: entre 10 a 149 minutos de tiempo total dedicado a la actividad física relacionada con transporte (CT y BT), o entre 10 a 74 minutos de tiempo total dedicado a la AFTL, en los últimos siete días.

3. Mediana o alta actividad: 150 minutos o más (en esfuerzos acumulados de al menos 10 minutos) de actividad física relacionada con transporte (CT y BT) o 75 minutos o más (en esfuerzos acumulados de al menos 10 minutos) de AFTL, en los últimos siete días. (Anexo N° 8).

Grupos Focales

Con el objetivo de comprender las percepciones que tienen las personas adultas acerca del sobrepeso, obesidad y actividad física conjuntamente con los sentimientos y actitudes entorno al cuerpo se ha seleccionado métodos de la investigación cualitativa.

La investigación se llevó a cabo a través de tres grupos focales, constituidos hombres y mujeres. El primer grupo estuvo formado por adultos jóvenes (20-34 años), el segundo por adultos medios (35-49 años) y el tercer grupo por adultos maduros (50 – 64 años) (13). Los grupos fueron realizados por el investigador, se escogió con criterio intencional a personas con sobrepeso u obesidad pertenecientes a las familias a las que se les ha realizado una ficha familiar en la parroquia de Ricaurte. Se realizó una transcripción textual de las grabaciones. (Anexo N° 12).

Para definir los recursos como tiempo, materiales, instrumentos y gastos económicos se realizaron entrevistas de prueba. El lenguaje utilizado fue claro y sencillo según el nivel de instrucción de los entrevistados.

Cada entrevista fue grabada en audio y en video si era necesario, el ambiente fue un lugar cómodo y familiar, localizado en el sector de Ricaurte para facilitar el desplazamiento de los participantes, considerando el horario vespertino para no afectar las actividades laborales de los mismos. El tiempo de la actividad no supero la hora.

4.8 Plan de análisis

Análisis cuantitativo: Una vez recolectados los datos se transcribieron a una base digital y se analizaron mediante el programa SPSS v15.

El análisis de los datos consistió fundamentalmente en la aplicación de estadística descriptiva e inferencial. El análisis univariado de cada una de las variables se presenta mediante frecuencias, porcentajes para las variables nominales y para las variables numéricas se presentan estimadores de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); además de gráficos de barras simples y dobles.

De igual manera se realizó análisis bivariado para la descripción de la imagen corporal según las variables estudiadas. La asociación se determinó mediante el estimador del χ^2 y el valor p para las variables politómicas. Para determinar el grado de asociación se recodificaron las variables para obtener dos categorías. El análisis se realizó mediante el odds ratio y su intervalo de confianza del 95%. Se consideró resultados estadísticamente significativos a valores de $p < 0,05$.

Análisis cualitativo: El análisis de la información estuvo definido por la pregunta de investigación y los objetivos propuestos. Las opiniones recolectadas en los grupos focales fueron transcritas a Word, de manera textual para el posterior análisis con el programa Atlas ti. En la categorización inductiva se clasificó a la información mediante un nombre o código. Para el análisis cualitativo se tomaron en cuenta las siguientes categorías (Anexo No. 12).

CATEGORÍA DEDUCTIVA	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS.	CÓDIGOS
AUTO PERCEPCIÓN	No estoy contento con mi forma de ser No me gusta lo que uso, mi ropa Mi aspecto físico no es el mejor Me gustaría ser como los demás Quisiera tener otro cuerpo	VALORACIÓN	VAL
SENTIMIENTOS Y ACTITUDES EN TORNO A SU IMAGEN CORPORAL	Disfruta de la vida con su peso Está contento con su peso Está satisfecho con su peso Se siente triste o deprimido con tu peso Se siente inferior o rechazado por tu imagen Está contento con el tamaño de tu cuerpo Comodidad con respecto al tamaño corporal El ser extrovertido influye Goza de la vida y de la comida	ESTADO EMOCIONAL	EST-EMO
ACTIVIDAD FÍSICA	La Actividad física es importante para la salud La actividad física mejora el estado anímico. El realizar ejercicio es estar activo físicamente El correr sin dificultad quiere decir que está sano.	TIPO DE ACTIVIDAD	TIP-ACT
SOBREPESO OBESIDAD	El estado nutricional inadecuado afecta la salud Si tengo sobrepeso y obesidad es necesario bajar de peso El bajar de peso se debe incluir en el proyecto de vida	ESTADO NUTRICIONAL	EST-NUT

4.9 Aspectos éticos

En esta investigación se consideraron los principios de la declaración de Helsinki (45). Fue aprobado por el comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y de la Universidad Central del Ecuador el 25 de Septiembre del 2015. (Anexo No 9).

Se solicitó los permisos respectivos del Área No 1 de Salud, y Centro de Salud de Ricaurte. Previo al inicio de la investigación se socializó los objetivos y propósitos de la misma a las autoridades y personas que acuden al Centro de Salud.

Se estableció que no existen riesgos para este estudio y se indicaron los beneficios previsibles para los pacientes. La participación fue voluntaria y las personas tuvieron libertad para abandonar la investigación en cualquier momento. Se resguardó la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Se utilizó un consentimiento informado, la persona previamente fue informada del derecho a participar y se prestó atención a las necesidades específicas de información de cada individuo, como último paso se firmó el consentimiento. (Anexo No 10 y 11).

No se tomaron los datos personales en la publicación de los resultados para garantizar el anonimato de los participantes.

CAPITULO V

5.1. Resultados

Tabla N° 1

Distribución según sexo, edad, instrucción, y estado civil de los adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

VARIABLE	Frecuencia (n=364)	Porcentaje %
Sexo		
Hombres	83	22,8
Mujeres	281	77,2
Edad		
18-24 años	48	13,2
25-34 años	81	22,3
35-44 años	107	29,4
45-65 años	128	35,2
Instrucción		
Primaria	197	54,1
Secundaria	127	34,9
Tercer nivel	34	9,3
Cuarto nivel	1	0,3
Analfabeto	5	1,4
Estado civil		
Soltero	58	15,9
Casado	214	58,8
Unión libre	62	17,0
Divorciado	22	6,0
Viudo	8	2,2

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla No 1 se puede observar que las mujeres representaron la mayoría de la muestra con el 77,2 % (n=281). El 35,2% (n=128) de los adultos investigados pertenecen al grupo etario de 45-65 años, en segundo lugar se encuentra el grupo de 35-44 años con 29,4%. La instrucción de los adultos con sobrepeso y obesidad en un 54,1% fue primaria. El estado civil de los participantes fue casado en el 58,8% (n=214), seguido de la unión libre con el 17% (n=62).

Tabla N° 2

Distribución según funcionalidad familiar de los adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

APGAR FAMILIAR	Frecuencia (n=364)	Porcentaje %
Familia funcional	304	83,5
Disfunción moderada	40	11
Disfunción severa	10	2,7
En crisis	10	2,7

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 2 se puede observar que al valorar la funcionalidad familiar el 83,5% (n=304) de adultos referían una familia funcional, el 11% (n=40) de pacientes mostraron disfunción moderada. No se realizó la valoración de la funcionalidad familiar en el 2,7% (n=10) de adultos por encontrarse en crisis.

Tabla N° 3

Distribución según percepción e insatisfacción de la imagen corporal de los adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

VARIABLE	Frecuencia (n=364)	Porcentaje %
Percepción		
Igual	134	36,8
Subestimación	90	24,7
Sobreestimación	140	38,5
Insatisfacción corporal		
Si	284	78
No	80	22

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

De los 364 adultos con sobrepeso y obesidad investigados el 36,8% (n=134) se percibe como realmente es, el 38,5% (n=140) presentó una sobreestimación de su peso y el 24,7% (n=90) una subestimación del peso.

El 78% (n=284) de la muestra estudiada presentaba insatisfacción corporal.

Tabla N° 4

Percepción de la imagen corporal y su relación con el estado nutricional en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Estado Nutricional	Percepción de la imagen corporal						Total	Chi2	Valor P
	Igual		subestimación		Sobreestimación				
	n	%	n	%	n	%			
Sobrepeso	76	38,38	43	21,72	79	39,9	198	2,11	0,348
Obesidad	58	34,94	47	28,31	61	36,75	166		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 4 se puede observar que de los 198 pacientes con sobrepeso el 38,38% (n=76) se ve como realmente es, el 21,72% (n=43) subestima su peso y el 39,9% (n=79) lo sobreestima.

En el caso de los adultos con obesidad el 34,94% (n=58) se ve como realmente es, el 28,31% (n=47) subestima su peso y el 36,75% (n=61) lo sobreestima.

Al establecer una relación entre el sobrepeso y la obesidad con la percepción de la imagen corporal encontramos una $p > 0,005$ (0,348), por lo que se concluye que no existe una relación significativamente estadística entre estas variables.

Tabla N° 5

Percepción de la imagen corporal y su relación con el sexo, nivel de instrucción y estado civil en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Variable		Percepción de la imagen corporal						Total	Chi²	Valor P
		Igual		Subestimación		Sobreestimación				
		n	%	n	%	n	%			
Sexo										
	Hombre	37	44,58	19	22,89	27	32,53	83	2,89	0,236
	Mujeres	97	34,52	71	25,27	113	40,21	281		
Nivel de instrucción										
	Primaria	72	36,55	52	26,40	73	37,06	197	7,38	0,496
	Secundaria	44	34,65	31	24,41	52	40,94	127		
	Tercer nivel	14	41,18	5	14,71	15	44,12	34		
	Cuarto nivel	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1		
	Analfabeto	3	60,00	2	40,00	0	0,00	5		
Estado civil										
	Soltero	19	32,76	17	29,31	22	37,93	58	4,36	0,823
	Casado	84	39,25	47	21,96	83	38,79	214		
	Unión libre	22	35,48	19	30,65	21	33,87	62		
	Divorciado	6	27,27	5	22,73	11	50,00	22		
	Viudo	3	37,50	2	25,00	3	37,50	8		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 5 podemos observar que de los 83 hombres investigados, el 44,58% (n=37) se ve como realmente es, contrario a las mujeres de las que el 40,21% (n=113) sobreestima su peso.

Al analizar el nivel de instrucción y la percepción de la imagen corporal, podemos encontrar que el nivel de primaria, secundaria y tercer nivel muestra en su mayoría una sobreestimación de su peso con el 37,06 % (n=73), 40,94% (n=52), y 44,12% (n=15) respectivamente. Contrariamente el cuarto nivel 100% (n=1) y el analfabetismo 60% (n=3) indican una percepción adecuada en su mayoría.

En el estado civil, el 39,25% (n=84) de las personas casadas percibe su cuerpo tal como es, el 30,65% (n=19) de personas que viven en unión libre consideran tener menos peso del que realmente tienen y 50% (n=11) de divorciados sobreestima su peso.

Tabla N° 6

Percepción de la imagen corporal y su relación con la funcionalidad familiar en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Apgar familiar	Percepción de la imagen corporal						Total	Chi2	Valor P
	n	Igual %	Subestimación n	%	Sobreestimación n	%			
Disfunción severa	6	60	1	10	3	30	10		
Disfunción moderada	14	35	11	27,5	15	37,5	40	2,73	0,604
Familia funcional	111	36,51	74	24,34	119	39,14	304		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 6 se puede observar que de los adultos con disfunción familiar severa el 60% (n=6) se ve como realmente es, el 10% (n=1) presenta una subestimación de su peso y el 30% (n=3) una sobreestimación.

De los adultos con disfunción familiar moderada, el 35% (n=14) se ve como realmente es, el 27,5% (n=11) subestima su peso y el 37,5% (n=15) lo sobreestima.

De los adultos con funcionalidad familiar, el 36,1% (n=111) se ve como realmente es, el 24,34% (n=74) subestima su peso y el 39,14% (n=119) lo sobreestima.

Al establecer una relación entre la funcionalidad familiar y la percepción de la imagen corporal encontramos un $p > 0,005$ por lo que no existe una relación significativamente estadística entre la funcionalidad familiar y la percepción de la imagen corporal.

Tabla N° 7

Percepción de la imagen y su relación con la insatisfacción corporal en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Insatisfacción corporal	Percepción de la imagen corporal			Chi ²	Valor P
	Igual	Subestimación	Sobreestimación		
Si	79 (59,0)	81 (90,0)	124 (88,6)	45,03	0,00
No	55 (41,0)	9 (10,0)	16 (11,4)		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 7 se observa que de los adultos investigados con una percepción adecuada, el 59% (n=79) presenta insatisfacción corporal.

De los adultos que subestimaron su peso el 90% (n=81) muestra insatisfacción con su cuerpo.

De los adultos que sobreestimaron su peso el 88,6% (n=124) están insatisfechos con su cuerpo.

Al establecer una relación entre la insatisfacción corporal y la percepción de la imagen encontramos una $p < 0,005$ por lo que sí existe una relación significativamente estadística entre estas dos variables.

Tabla N° 8

Estado nutricional y su relación con la insatisfacción corporal en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Estado Nutricional	Insatisfacción Corporal				Total	Chi2	Valor P
	Si		No				
	n	%	n	%			
Sobrepeso	131	66,4	66	33,5	197	32,95	0,000
Obesidad	152	91,5	14	8,4	166		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 8 se observa que de los adultos investigados con sobrepeso el 64,4% (n=131) no está satisfecho con su cuerpo.

De los 166 adultos con obesidad el 91,5% presenta insatisfacción corporal.

Al establecer una relación entre el estado nutricional y la insatisfacción corporal encontramos una $p < 0,005$ por lo que sí existe una relación significativamente estadística entre estas dos variables.

Tabla N° 9

Distribución según la influencia de los modelos estéticos corporales en hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

CIMEC hombres	Frecuencia (n=83)	Porcentaje %
Alta influencia	30	36,14
Influencia normal	53	63,86
CIMEC mujeres	Frecuencia (n=278)	Porcentaje %
Alta influencia	174	62,59
Influencia normal	104	37,41

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 9 podemos encontrar que al valorar la influencia de los modelos estéticos corporales el 63,86% (n=53) de los hombres estudiados presentó una influencia normal. En las mujeres investigadas se observa que el 62,59% (n=174) muestra una alta influencia de los modelos estéticos.

Tabla N° 10

Distribución según la actividad física global de los adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Actividad física	Frecuencia (n=364)	Porcentaje %
Inactivo	88	24,2
Baja actividad	143	39,3
Mediana o alta actividad	133	36,5

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En la tabla N° 10 encontramos que el 24,2% (n=88) de adultos investigados son inactivos, el 39,3% (n=143) de adultos realiza una baja actividad física, y el 36,5% (n=133) realiza mediana o alta actividad.

Tabla N° 11

Percepción de la imagen y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad atendidos en el Subcentro de Salud de Ricaurte, 2015.

Actividad Física	Percepción de la imagen corporal						Chi2	Valor P
	Igual		Subestimación		Sobreestimación			
	n	%	n	%	n	%		
Inactivo	23	17,2	14	15,6	19	13,6		
Baja Actividad	40	29,9	29	32,3	36	25,7	2,45	0,652
Mediana o alta actividad	71	53,0	47	52,2	85	60,7		

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

Al relacionar la percepción de la imagen corporal y la actividad física, podemos observar en la tabla N° 11 que los adultos que se perciben correctamente en un 53% (n= 71) realizan mediana o alta actividad. De igual manera las personas que subestiman y los que lo sobrestiman su peso realizan mediana o alta actividad con un 52,2% (n=47) y 60,7% (n= 85) respectivamente.

No existe relación significativamente estadística entre la percepción de la imagen corporal y la actividad física $p = > 0,005$ (0,652).

Tabla N° 12

Análisis descriptivo de los factores influyentes en el modelo estético corporal de las mujeres con sobrepeso y obesidad, Ricaurte 2015.

Influencia del modelo estético corporal					
Factores en Mujeres	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Influencia de la publicidad	281	0	28	10,8	7,7
Malestar con la imagen corporal	281	0	20	9,7	5,7
Influencia de los modelos estéticos corporales	281	0	12	5,2	3,5
Influencia de las relaciones sociales	281	0	10	2,9	2,9

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

El análisis descriptivo de los factores que influyen en el modelo estético corporal en las mujeres revela para la influencia de la publicidad un promedio de $10,8 \pm 7,7$; para el componente del malestar con la imagen corporal $9,7 \pm 5,7$; para la influencia de los modelos estéticos corporales $5,2 \pm 3,5$ y para la influencia de las relaciones sociales $2,9 \pm 3,0$. De estos datos el componente con el promedio más alto es la influencia de la publicidad.

Tabla N° 13

Análisis descriptivo de los factores influyentes en el modelo estético corporal de los hombres con sobrepeso y obesidad, Ricaurte 2015.

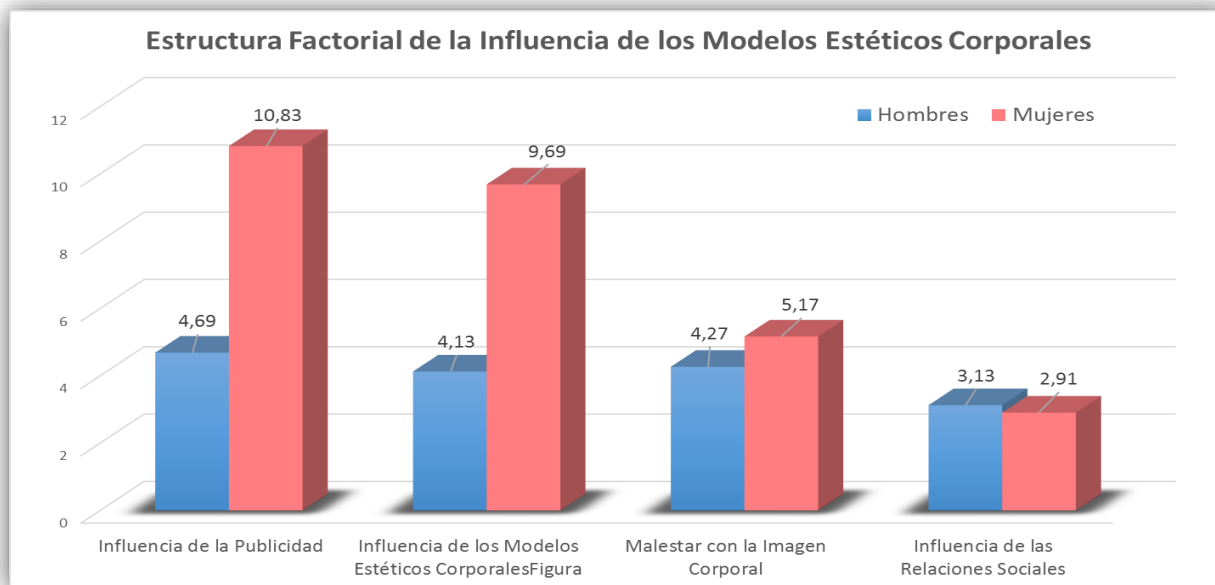
Influencia del modelo estético corporal					
Factores en Hombres	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Influencia de la publicidad	83	0	15	4,7	4,1
Influencia de la figura de delgadez	83	0	10	4,1	2,9
Malestar con la imagen corporal	83	0	10	4,3	3,1
Influencia de la figura musculosa	83	0	12	3,9	2,9
Influencia de las relaciones sociales	83	0	8	3,1	2,6

Fuente: Base de Datos
Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

El análisis descriptivo de los factores que influyen en el modelo estético corporal en las mujeres revela para la influencia de la publicidad un promedio de $4,7 \pm 4,1$; para la influencia de la figura de delgadez el promedio es de $4,1 \pm 2,9$, el componente del malestar con la imagen corporal $4,3 \pm 3,1$; para la influencia de la figura musculosa $3,9 \pm 2,9$ y para la influencia de las relaciones sociales $3,1 \pm 2,6$. De estos datos el componente con el promedio más alto es la influencia de la publicidad.

Gráfico N° 1

Análisis comparativo de los factores influyentes en el modelo estético corporal entre los hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad, Ricaurte 2015.



Fuente: Base de Datos
Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

En el gráfico N° 1 el análisis comparativo de los factores determinantes en el modelo estético corporal entre hombres y mujeres demostró que en la influencia de la publicidad las mujeres presentan un promedio del 10,83 el cual duplica el promedio de los hombres con 4,69.

En la influencia de la figura de delgadez las mujeres presentan un promedio más alto que el de los hombres, las mujeres indican un 9,69 en comparación a los hombres con 4,13.

El malestar de la imagen corporal muestra un promedio equitativo entre hombres y mujeres, 4,27 en los hombres en comparación al 5,17 en las mujeres.

La influencia de las relaciones sociales muestra un promedio de 3,13 en los hombres y de 2,91 en las mujeres.

De estos datos el componente que marca mayor diferencia entre los sexos es la influencia de la publicidad y la influencia de la figura de delgadez, estos parámetros afectan en su mayoría a las mujeres con una relación de 2 a 1.

Tabla N° 14

Factores asociados a la percepción de la imagen corporal en adultos con sobrepeso y obesidad de la parroquia Ricaurte, 2015.

Variable	Percepción de la Imagen Corporal		OR	IC 95%	Valor P
	Adecuada	Inadecuada			
Sexo					
Masculino	37 (10,2)	46 (12,6)	0,65	0,398 – 1,078	0,095
Femenino	97 (26,6)	184 (50,5)			
Estado Nutricional					
Sobrepeso	76 (20,9)	121 (33,3)	0,855	0,557 – 1,313	0,474
Obesidad	58 (16)	108 (29,8)			
Funcionalidad Familiar					
Funcional	111 (31,5)	191 (54,3)	0,872	0,473 – 1,608	0,660
Disfuncional	20 (5,7)	30 (8,5)			
Insatisfacción Corporal					
Si	79 (21,7)	205 (56,3)	5,70	3,329 – 9,790	0,000
No	55 (15,1)	25 (6,9)			
Influencia de los Modelos Estéticos en Hombres					
Influencia Normal	29 (43,9)	24 (36,4)	0,15	0,030 – 0,746	0,011
Alta Influencia	2 (3)	11 (16,7)			
Influencia de los Modelos Estéticos en Mujeres					
Influencia Normal	39 (21,2)	65 (35,3)	1,170	0,645 – 2,125	0,605
Alta Influencia	33 (17,9)	47 (25,5)			
Actividad Física Global					
Inactivo	23 (6,3)	33 (9,1)	0,808	0,452 – 1,445	0,516
Activo	111 (30,5)	197 (54,1)			

Fuente: Base de Datos

Elaboración: Md. Elizabeth De La Cruz Y.

Interpretación: El modelo para determinar la asociación entre la percepción de la imagen corporal fue ajustado por sexo, estado nutricional, funcionalidad familiar, insatisfacción corporal, influencia de los modelos estéticos en hombres/mujeres y la actividad física. Se puede observar que las personas con insatisfacción corporal presentan un riesgo significativo para una percepción inadecuada comparado con los adultos que no están insatisfechos (OR: 5,70; IC_{95%}: 3,329 – 9,790; $p=0,000$). Por otra parte los hombres con una adecuada influencia de los modelos estéticos muestran 0,15 veces menos riesgo de presentar una percepción corporal inadecuada que los hombres con una alta influencia (OR: 0,15; IC_{95%}: 0,030 – 0,746; $p=0,011$). El sexo,

la funcionalidad familiar, la influencia de los modelos estéticos en mujeres y la actividad física no muestran una relación significativamente estadística con la percepción de la imagen corporal.

Determinar las percepciones que tienen los adultos con sobrepeso y obesidad acerca de su cuerpo, la influencia de la familia, la publicidad, el entorno social y la actividad física.

La obesidad según evidencia científica se encuentra relacionada con factores endógenos como el consumo inadecuado de los alimentos, y exógenos como el aspecto económico, político, cultural o psicológico, creando en su conjunto un ambiente obesogénico (3).

Los malos hábitos alimenticios son una de las causas más mencionadas por los participantes, un horario irregular con varias horas de ayuno seguido de comidas copiosas debido a las jornadas laborales que obligan a salir temprano y llegar tarde a casa, alimentos ricos en carbohidratos, económicos que rinden en cantidad pues aumentan la sensación de llenura: *“...yo, salgo de mi casa a las cuatro de la mañana, no puedo desayunar como se debe, si desayuno a esa hora no me va bien, me hace mal, y por ende, tengo que escaparme ratitos para desayunar, o si no a veces no desayuno...”* (Mujer 29 años).

Las características del trabajo, o las acciones que se realizan dentro de este son mencionados por los entrevistados, cuando las actividades requieren movimientos o desplazamientos permanentes de una lugar a otro, se consume más calorías evitando el subir de peso, por lo contrario si las actividades son estáticas con desplazamientos cortos esto conlleva a un incremento del peso: *“...cuando yo deje de trabajar de guardia, me fui a Macas, y ahí yo comencé a trabajar en otras cosas, y ahí me adelgace bastante, totalmente, quede hecho un palito, por el esfuerzo del trabajo mismo, porque es un trabajo que digamos hay que hacer fuerza, movimientos todo, ósea uno suda y quema bastante la grasa...”* (Hombre de 43 años).

Las consecuencias de la obesidad engloban los ámbitos biológico, psicológico y social. Dentro de lo biológico los impedimentos físicos, como el cansancio al realizar las actividades cotidianas o laborales son las primeras molestias. Las enfermedades

crónicas no transmisibles son más alarmantes, el incremento de la morbilidad en el adulto medio y maduro desencadenan sentimientos de arrepentimiento, ya que las personas no saben porque no bajaron de peso antes “...*me comienza a cansar, el cansancio me coge a veces, cuando me sube el peso mucho, ósea cuando me engordo más...*” (Hombre de 43 años), “...*sentí que se me iba así la cabeza, pum me caí, y ya no recuerdo más, me fueron llevando a la clínica, y ahí me dijeron que era yo hipertenso...*” (Hombre de 57 años),

En el ámbito psicológico, la insatisfacción con la imagen corporal, la incomodidad al colocarse prendas de vestir, desencadena sentimientos de inseguridad e inferioridad, la mayoría de mujeres participantes, rechaza su cuerpo, y recuerda con nostalgia la imagen esbelta que tenían en la juventud. “...*cuando se pone una falda, o un vestido, se ve feo, y cuando se va una fiesta uno se ve uno por lo más que se quiera poner bonita lo que sea uno se siente bien incomoda...*” (Mujer de 49 años). “...*no me daban los pantalones, los pantalones para mí eran un lío, bueno ahí sí, decía ahora que hago, que tipo de pantalón uso...*” (Hombre de 57 años).

La motivación que tienen las personas refleja cómo observan y actúan los individuos frente al mundo, el grado de motivación se establece en tres etapas: 1) la desmotivación, 2) la motivación extrínseca en la que las acciones se llevan a cabo por presión u obligación del exterior y 3) la motivación intrínseca en la que el impulso proviene de las acciones y el interés que despiertan estas por sí mismas (46).

La mayoría de adultos jóvenes no consideran necesario tomar acciones sobre su peso pues no perciben consecuencias que afecten su salud, ellos sustentan que no deben tomar ninguna decisión por la influencia del exterior. La motivación extrínseca puede surgir de la familia, los amigos o el personal de salud, estos sugieren iniciar cambios en sus hábitos nutricionales luego ver un cuerpo más robusto o de evaluar el estado nutricional.

La motivación intrínseca desencadena acciones radicales pero algunas veces inadecuadas en torno a los horarios alimenticios y a la realización de la actividad física. Cuando se alcanza un nivel de autocontrol, se logra un equilibrio entre las múltiples situaciones que colaboran en una ganancia de peso y las medidas que toma la persona por iniciativa propia para combatirlas, es así que estos individuos son motivo de envidia para las personas obesas que aún no logran alcanzar la fuerza de voluntad necesaria para llevar a cabo un cambio permanente en su estilo de vida.

“verá mi esposo estaba con sobrepeso, pero se iba al trabajo iba en bicicleta, para no gastar en pasaje y hacer ejercicio, y como después le pasaron al centro..., caminaba bastante..., a las diez los amigos decían, una cola o un pan y se enojaban porque él no quería tomar..., a mi si me da un poco de envidia porque él es delgadito y yo soy gordita, fuerza de voluntad eso es lo que más le falta a una persona para bajar de peso...” (Mujer de 49 años).

El ser humano ante situaciones adversas como la obesidad desarrolla estrategias de afrontamiento representadas en las emociones o sentimientos que presentan acerca de su cuerpo (3). Existen diferentes sentimientos que se generan entorno a la imagen de una persona obesa, estos incluso son paradójicos y van desde la indiferencia y aceptación hasta la tristeza y rechazo hacia su propio cuerpo.

Algunos de los participantes no consideran necesario estar delgados para sentirse bien consigo mismos, ellos aceptan los cambios que ha sufrido su cuerpo con el paso del tiempo y de los años, en muchos casos el tener un cuerpo grande ha sido una característica que poseen desde la infancia. Otras personas notan los cambios en su peso, esto les preocupa, nacen sentimientos de tristeza y rechazo, por esto consideran tomar alguna acción al respecto *“...Yo no me siento ni bien ni mal,...es una parte de mi vida, algo que no puedo cambiar, he sido gordo desde niño, y todavía sigo siendo así...”* (Hombre 28 años). *“...Me siento incomodo porque si he subido bastante en los últimos tiempos, yo creo que debo hacer ejercicio y consultar a un profesional supongo...”* (Hombre 26 años),

Las percepciones de las personas acerca de su imagen son bioculturales, pues dependen del medio físico como de los sentimientos involucrados (46). Los sentimientos se forman como respuesta a las opiniones de la familia, estas influyen drásticamente en las reacciones que toma el adulto en torno a su imagen o peso, la influencia familiar puede ser positiva o negativa determinando así indiferencia, acciones para bajar de peso o incremento en la cantidad de alimentos a causa de la tristeza que desencadenan estos comentarios.

“...mi tía, mis primos, me dicen que estas muy gordo, pero yo no les hago caso, no me siento ni mal, lo que siempre yo les digo primeramente para que tú me digas algo a mí, mírate primero voz...” (Hombre 43 años).

Además de las amistades, los actores sociales de la comunidad juegan un rol fundamental en los sentimientos de las personas obesas, pero más que el actor en si es la manera como aborda el tema del sobrepeso en una persona, las palabras y el tono que se usa. El personal de salud es el principal informante del estado nutricional de una persona cuando esta acude a una valoración médica, si el paciente se siente agredido u ofendido rechazará las recomendaciones entregadas: *“...en el subcentro de salud, me trataron mal, una doctora hubo que me dijo “obesa”, pero ahí no estaba mucho gorda, pero me dijo obesa, yo me sentí mal...” (Mujer 48 años).* *“...una vez un padrecito, trato a animar que baje de peso, entonces ahí si me baje de peso, él me dijo está pesando más, y el corazón se le ha de dañar...” (Mujer 48 años).*

En la actualidad la publicidad promueve una figura estética basada en la delgadez, las imágenes llegan a través de la televisión, la radio o el internet, algunos participantes rechazan estas imágenes, otros sin embargo buscan un camino corto y rápido para la pérdida de peso, esto atrae a las personas que han intentado muchas veces realizar cambios alimenticios en su vida y no han logrado su objetivo.

“...en parte es mentira porque no pueden existir personas tan delgadas, o que tenga el cuerpo perfecto...” (Hombre 28 años). *“...estoy tomando la linaza, y eso me está*

ayudando bastante, bueno yo vi en internet..., a veces he tomado chía, pero eso me hacía comer mucho...” (Hombre 43 años),

No existen dudas acerca de los beneficios de la actividad física, ya que mejora la calidad de vida y disminuye la grasa corporal, conjuntamente con el desarrollo del músculo esquelético. Para lograr estos beneficios la prescripción del ejercicio debe ser adecuada según el tipo de actividad a realizarse, así como la intensidad, duración y frecuencia (47).

Los participantes recuerdan la actividad física que realizaban en el pasado, pero las múltiples ocupaciones, las tareas domésticas, jornadas extenuantes de trabajo se encuentran relacionados con el sedentarismo, las mujeres debido al cuidado de los hijos y las actividades del hogar prefieren realizar actividades dentro de la casa, o incrementar los movimientos mientras trabajan en el campo: “...yo hago ejercicio rara vez, cuando era niño jugaba fútbol..., ahora no lo hago por cuestiones de tiempo...” (Hombre de 37 años). “...hoy mismo yo vine piqueando un poco, entonces ahí se suda y se quema un poco de calorías, eso yo sí hago...” (Mujer de 50 años).

Los hombres, a diferencia de las mujeres, prefieren actividades deportivas tipo recreacional, que les permita compartir con amigos, éstas generalmente se realizan el fin de semana, mientras sudan se sienten más ligeros y con mejor salud, pero al volver a su rutina diaria los beneficios desaparecen, “...yo también juego vóley, indoor, fútbol. Me siento bien cuando sudo bastante, hago deporte cada fin de semana...” (Hombre de 28 años).

Finalmente, cabe señalar que una prioridad para el personal de salud en la lucha contra el sobrepeso y obesidad debe ser el promover los hábitos saludables, como alimentarse correctamente, mantener el equilibrio emocional con la familia, y el entorno social, y promocionar una vida activa con prescripciones adecuadas de ejercicio según las características de edad, sexo, condición socioeconómica y enfermedades sobreañadidas (47).

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró una prevalencia de sobrepeso del 54,3% y 45,6% de obesidad. Este porcentaje fue menor para sobrepeso y mayor para obesidad al determinado por Amaya et al en el 2014, en Milagro – provincia del Guayas, donde se examinaron 402 adultos determinando una prevalencia del 76% para el sobrepeso y el 24 % para la obesidad (17). Por otro lado la encuesta ENSANUT determinó en el Azuay 44.4% de sobrepeso y 19,3% de obesidad en adultos de 18 a 60 años (5). Lo cual demuestra el comportamiento variable del sobrepeso y obesidad según la localidad estudiada.

La escolaridad en el presente estudio fue del 54,1% primaria, este comportamiento de mayor frecuencia de baja escolaridad en adultos con sobrepeso y obesidad fue más alto al observado por Álvarez Castaño et al en el 2012, Medellín – Colombia (26,4%) El nivel educativo como reportan múltiples estudios está relacionado con el estado nutricional pues se considera que personas que tienen mayor nivel educativo suelen asumir patrones de comportamiento más saludables para su familia (48).

Las personas con sobrepeso y obesidad en un 58,8% eran casados, este porcentaje fue menor al determinado por Vázquez y colaboradores en el 2013, donde examinaron 273 participantes con sobrepeso y obesidad (México), encontrándose una prevalencia de 66,18% para el estado civil casado/unión libre (19). Esto posiblemente se encuentre relacionado con los cambios alimenticios y laborales que ocurren en el matrimonio, la realización de los quehaceres domésticos en la mujer y las largas jornadas laborales en los hombres determina la escasez de tiempo para la realización de actividad física.

El ciclo vital de plataforma, en el que el hijo mayor ya ha cumplido sus 20 años o ha abandonado su hogar tuvo la prevalencia más alta (38,5%) de sobrepeso y obesidad. Este comportamiento es similar al observado por Riquetti en el 2011 quien reportó una prevalencia de 35,5% en mujeres de la parroquia Sayausí – Azuay (49). Lo cual puede estar relacionado con la ganancia progresiva de peso con los años, pues los adultos

que se encuentran en un ciclo de plataforma en su mayoría supera la década de los 30 años.

La funcionalidad familiar puede jugar un papel sobre el estado nutricional y el constructo de la imagen corporal, en el presente estudio se encontró una alta prevalencia para la familia funcional (83,5%), siendo apenas un 16,5% disfuncional. Este porcentaje fue mayor al observado por Riquetti, donde se determinó una prevalencia para la funcionalidad del 74,2%, sin embargo cabe destacar que dicho estudio fue realizado en población femenina y se utilizó un instrumento diferente para valorar la funcionalidad lo que puede sesgar este resultado (49).

En la actualidad no hay un consenso sobre las herramientas a utilizarse para valorar la autopercepción de la imagen corporal, en el presente estudio se utilizó los 7 modelos anatómicos propuestos por Montero y cols (23), los cuales han sido validados en varios países de Latinoamérica (22,23,33).

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que de la población estudiada el 63,2% tuvo una percepción inadecuada de su imagen corporal (38,5% sobrestimación y 24,7% subestimación), estos valores son similares a los encontrados por Acevedo y colaboradores en 2011 en el que se investigaron a 199 estudiantes de enfermería en Medellín – Colombia, en el que solo el 38,2% de la población concuerda con su IMC real, y el 61,8% la sub o sobrestima (32).

Al realizar el análisis por sexo encontramos que las mujeres sobrestiman su peso en un 40,21% y los hombres se ven realmente como son en un 40,21%. Esto concuerda con lo encontrado por Montero y Kakesita y Almeida en el que las mujeres se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que los hombres se autoperciben de forma más real (23,31). Esto puede estar relacionado con la presión estética que sufre la mujer por parte del entorno socio cultural y publicitario, para tener un cuerpo más delgado, pero en hombres se incrementa la aceptación de un cuerpo robusto.

La insatisfacción corporal ocurre cuando existe discrepancia entre el cuerpo deseado, el determinado culturalmente, y este difiere del interiorizado por la persona (2). En el presente estudio el 88,6% de personas que sobrestimaron su peso y el 90% que lo

subestimo está insatisfecho con su cuerpo, mostrando una relación significativamente estadística ($p < 0,05$) entre el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal, así mientras más bajo sea el IMC mejor será la percepción del cuerpo.

Una revisión detallada de la imagen corporal en Brasil, basada en el modelo cognitivo – conductual, refiere que es importante considerar que componente de la imagen corporal se evaluará para escoger el instrumento adecuado. Muchos instrumentos utilizados en los últimos años han dado malos resultados en el proceso de validación, al aplicarse en ambos sexos. Hoy en día las herramientas que fueron diseñadas para los hombres están disponibles y toman en cuenta aspectos relacionados con la musculatura. Por lo que aunque existan herramientas convenientes para valorar la imagen corporal en ambos sexos actualmente se recomienda el uso de diferentes instrumentos para hombres y mujeres (26).

El Cuestionario de Influencia del Modelo estético y Corporal (CIMEC), diseñado por Toro, Salamero y Martínez, 1994), adaptado y validado por Vázquez et al (2000) en una población de 1001 mujeres Mexicanas que estudiaban el bachillerato y la carrera universitaria en instituciones públicas y privadas, con un rango de edad de 14 a 33 años, con una buena consistencia interna ($\alpha = 0,94$). Explora 4 factores influyentes en el modelo estético corporal, la influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, conductas para reducción de peso, influencia de los modelos estéticos corporales e influencia de las relaciones sociales (familiares y amigos) (38).

En el 2010 Vázquez et al, adaptó y validó el CIMEC versión masculina, agregando el factor de la influencia de la musculatura, con una consistencia interna de 0,90. El punto de corte internacional es de 23-24 (35).

En el presente estudio se encontró que el 63,86% de los hombres estudiados presentó una influencia normal y en las mujeres el 62,59% muestra una alta influencia de los modelos estéticos, este mismo comportamiento fue observado por Mancilla –Díaz et al (2010) en 862 estudiantes españoles, en el que las mujeres presentaban puntuaciones mayores en comparación a los hombres (36).

De los factores influyentes, fue el publicitario el que tuvo el promedio más alto en las mujeres ($10,8 \pm 7,7$), estos datos refuerzan la importancia de los medios de comunicación como promotores de los ideales corporales actuales, una vez que la mujer interioriza esa imagen esbelta que se promociona es más fácil llegar a la insatisfacción corporal (36).

En el presente estudio el 24,2% de la población estudiada era inactiva, el 39,3% realizaba baja actividad y el 36,5% mediana o alta actividad, estos valores difieren a los encontrados en el ENSANUT 2014. El promedio de inactividad es mayor, al encontrado a nivel provincial (Azuay) con un 7,1%, la baja actividad tiene rangos cercanos (31,7%), y la media o alta actividad es menor en la parroquia de Ricaurte pues en el Azuay los valores rodean el 61,2% (5).

Al acoplar estos datos de la literatura a los hallazgos obtenidos pudiera atribuirse la menor prevalencia de mediana o alta actividad a las características físicas de la región en donde se realizó el estudio, Ricaurte es una zona rural en donde no se cuenta con espacios adecuados para realizar actividad física o seguridad vial para incrementar el uso de la bicicleta como medio de transporte, sin embargo estos parámetros no fueron tomados en cuenta en este estudio por lo que se recomienda que las futuras investigaciones determinen la relación entre una escasa infraestructura y un porcentaje bajo de actividad física.

Se ha descrito que la actividad física, mejora la percepción y aceptación de la imagen corporal (29), por el contrario en nuestro estudio no se encontró una relación significativamente estadística entre la realización de la actividad física y la percepción de la imagen corporal $p = > 0,005$. Esto puede estar relacionado con el tipo de actividad física que se realiza, en el área rural la caminata es la principal actividad realizada, está por sí sola no determina un cambio en el peso o estructura corporal por lo que las personas no ven cambios en su imagen.

Ante estos importantes hallazgos sobre la percepción de la imagen e insatisfacción corporal, se debe profundizar en el tema y en el diseño de programas de intervención en los adultos con sobrepeso y obesidad, pues si estos aceptan su peso real y la

imagen que su cuerpo proyecta pueden encontrar la motivación necesaria para realizar cambios en su estilo de vida. Se recomienda evaluar el tipo de actividad física en la atención primaria de manera rutinaria, y de esta manera llevar a cabo programas de prescripción adecuada e individualizada del ejercicio, tomando en cuenta la intensidad, duración y frecuencia con seguimiento a la pérdida de peso en las personas con sobrepeso y obesidad.

CAPITULO VII

7.1. Conclusiones

- Se encontró una alta prevalencia de percepción inadecuada (63,2%) evaluada a través de los siete modelos anatómicos diseñados por Pilar Montero, en los adultos con sobrepeso y obesidad.
- Se observó que las mujeres sobrestiman su peso y se ven más gordas de lo que realmente son y los hombres se autoperciben de forma más real.
- Se aprecia una elevada insatisfacción corporal, que afecta al 66,4% de personas con sobrepeso y al 91,5% con obesidad, con una marcada influencia sobre la percepción de la imagen corporal.
- Las mujeres presentaron una alta influencia de los modelos estéticos, marcados por la influencia de la publicidad ($10,8 \pm 7.7$), los hombres tuvieron una influencia normal.
- El 39,3% de la población estudiada realiza baja actividad. No existe relación estadística entre la percepción de la imagen corporal y la actividad física.
- La percepción del peso elevado se encuentra relacionado con malos hábitos alimenticios y jornadas extensas de trabajo, ocasiona dificultad para llevar a cabo actividades físicas y laborales.
- Las personas con insatisfacción corporal presentan un riesgo significativo para una percepción inadecuada y los hombres con una adecuada influencia de los modelos estéticos muestran 0,15 veces menos riesgo de presentar una percepción corporal inadecuada.
- Los sentimientos y actitudes en torno al cuerpo son ambivalentes, van desde una marcada indiferencia, hasta la tristeza y rechazo del cuerpo.
- La actividad física es percibida como algo positivo para la salud, pero hace falta motivación y tiempo para realizarla.

7.2. Recomendaciones

- Ante los resultados que indican una elevada percepción errada de la imagen e insatisfacción corporal, se recomienda el uso de los modelos anatómicos en la atención primaria de las personas con sobrepeso u obesidad, para de esta manera concientizarlas acerca de su imagen real, y los riesgos que esta conlleva.
- Se recomienda evaluar la influencia que tiene la insatisfacción corporal a nivel comunitario y en otro grupo etario como los adolescentes, de esta manera se podrá realizar programas de prevención de los trastornos alimentarios.
- Se debe investigar la práctica de actividad física, para realizar una prescripción adecuada según el sexo, la edad, y patologías sobreañadidas que permitan crear un hábito saludable y permanente en su vida diaria.
- Debido a los múltiples factores causales de la obesidad se recomienda realizar nuevas investigaciones para diseñar estrategias que permitan trabajar de forma integral y continua asegurando la prevención de la obesidad o la pérdida de peso definitivo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabello Garza ML, Zúñiga Zárate JG. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Cienc UANL [Internet]. 2007 [citado 10 de diciembre de 2014]; 10 (2). Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/543/>
2. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. Nutr Hosp. 2013; 28 (1):27–35.
3. Cabello Garza ML, Arroyo Rueda MC. La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria= Paradoxical obesity: building a contradictory body image. 2013 [citado 7 de enero de 2015]; Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?id=bibliuned:revistaComunitania-2013-6-6020>
4. Rodriguez Aguilar B, Oudhof van Barneveld H, Ivonne Gonzalez-Arratia N, Unikel-Santoncini C. Development of a scale to measure body image in young women. Salud Ment. 2010; 33 (4):325–332.
5. Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R., MSP, unicef, OMS, UNFPA. Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. 2014.
6. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A. [Self perception of nutritional status among adults in Santiago]. Rev Med Chil. 2004;132(11):1383–1388.
7. Arroyo M, Ansotegui L, Pereira E, Lacerda F, Valador N, Serrano L, et al. Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. Nutr Hosp. 2008; 23 (4):366–372.
8. Rojano PGM, Russell MER, Alvarado KS, Cervantes ML, Santos ÁA, Alarcón LF. Relación de la actividad física y el peso corporal con sintomatología depresiva en personas con sobrepeso u obesidad. Psicol Salud. 2014; 24 (2):187–197.
9. MSP. Prioridades de Investigación en Salud 2013-2017. 2012.
10. Morales JLL, de Los Fayos EJG, others. Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. Nutr Hosp Organo Of Soc Esp Nutr Parenter Enter. 2012; 27 (6):1810–1816.
11. Carraro A, Nart A, Scarpa S. Effects of a single session of physical exercise on body state image. Rev Bras Ciênc Esporte. 2010; 32 (1):173–184.
12. Rubinstein A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006. 241-246-286-1715 p.

13. Armas Guerra, Norma, Diaz Muñoz, Lenin. Entre voces y silencios: Las Familias por Dentro. Ecuador: Ediciones America; 2007. 108 p.
14. Williams RB. Direct Study of Parenting: A Serendipitous Outcome in a Course on Adult Development. Online Submiss [Internet]. 2015 [citado 16 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://eric.ed.gov/?id=ED557138>
15. WHO | Obesity and overweight [Internet]. WHO. [Citado 17 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
16. Calvo CP, del Castillo JMS, Vinuesa JM. Evaluación antropométrica de celíacos adultos de la Comunidad Valenciana. Nutr Clínica Dietética Hosp. 2013; 33 (3):18–22.
17. Amaya JLR, Noriega M de JL, Vásquez GIV. Prevalencia de la Obesidad y Sobrepeso en Estudiantes, Docentes y Personal Administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNEMI. Rev Cienc Unemi. 2015; 7 (11):9–18.
18. Guerra JPA. Obesidad. Rev Cuba Salud Pública. 2013; 39 (3):424–425.
19. Vázquez MM, Russell MER, Alvarado KS, Alarcón LF, Santos ÁA, Cervantes ML. Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad. Psychol Av Discip. 2014;8(1):13–22.
20. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. Obesity. mayo de 2012;20(5):999-1005.
21. Sánchez GG, Educadora D. Sobrepeso y Obesidad en el Universitario: Implicaciones en la Consejería1. Griot. 2011;4(1):25.
22. Durán S, Rodríguez M del P, Record J, Barra R, Olivares R, Tapia A, et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. Rev Chil Nutr. 2013;40(1):26–32.
23. Montero P, Morales E, Carbajal A. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Antropo. 2004;8:107–116.
24. Bobadilla-Suárez S, López-Avilaa A. Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(4):408–14.
25. Pulvers KM, Kaur H, Nollen NL, Greiner KA, Befort CA, Hall S, et al. Comparison of body perceptions between obese primary care patients and physicians: Implications for practice. Patient Educ Couns. octubre de 2008;73(1):73-81.
26. Laus MF, Kakeshita IS, Costa TMB, Ferreira MEC, Fortes L de S, Almeida SS. Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. Rev Saúde Pública. abril de 2014;48(2):331-46.

27. Garza MLC. IMAGEN CORPORAL, PERCEPCIONES Y DISCURSOS DE AQUELLOS QUE PRESENTAN OBESIDAD MEDIA Y EXTREMA. *Salus* [Internet]. 2011 [citado 10 de diciembre de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2011/spn112b.pdf>
28. Amaya Hernández A, Alvarez Rayón GL, Mancilla Díaz JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1(1):79–89.
29. da Silva-Filho L, Rabelo-Leitão AC, Menezes-Cabral RL, Knackfuss MI. Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Rev Salud Pública*. 2008;10(4):550–560.
30. Casillas-Estrella M, Montaña-Castrejón N, Reyes-Velázquez V, Barcardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed*. 2006;17(4):243–249.
31. Kakeshita I, Almeida S. The relationship between body mass index and body image in Brazilian adults. *Psychol Neurosci*. 29 de diciembre de 2008;1(2):103-7.
32. Acevedo P, López-Ejeda N, Alfárez-García I, Martínez-Álvarez JR, Villarino A, Cabañas MD, et al. Body mass index through self-reported data and body image perception in Spanish adults attending dietary consultation. *Nutrition*. junio de 2014;30(6):679-84.
33. Pino JL, López MA, Moreno AA, Faúndez T del P. Percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la universidad del mar, Talca, Chile. *Rev Chil Nutr*. 2010;37(3):321–328.
34. Vázquez R, Alvarez G, Mancilla JM. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Ment*. 2000;23(6):18–24.
35. Vázquez, Rosalia, Velázquez, Georgina, Mancilla, Juan Manuel, Álvarez, Georgina, Aguilar, López, Franco, Karina. Consistencia Interna y estructura factorial del cuestionario de Influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos. *Psicol Cienc Social Universidad Nac Mex FES Iztacala*. 2010;12(1):5-11.
36. Mancilla-Díaz JM, Lameiras-Fernández M, Vázquez-Arévalo R, Alvarez-Rayón G, Franco-Paredes K, López-Aguilar X, et al. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1(1):36–47.
37. Cruz Bojórquez RM, Ávila Escalante ML, Velázquez López HJ, Castillo E, Francis D. Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2013;4(1):37–44.

38. Martínez AOR, Arévalo RV, Díaz JMM, Vacuán EMT. Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicol Salud*. 2013;20(2):169–177.
39. Barrientos Martínez N, Escoto C, Bosques LE, Enríquez Ibarra J, Juárez Lugo CS. Interiorización de ideales estéticos y preocupación corporal en hombres y mujeres usuarios de gimnasio. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2014;5(1):29–38.
40. Hallal PC, Gómez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lecciones aprendidas después de 10 Años del uso de IPAQ en Brasil y Colombia. *J Phys Act Health*. 2010;7(2):S259–S264.
41. Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, others. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Medica Hered*. 2014;25(2):68–72.
42. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Medica Hered*. 2013;24(1):12–16.
43. CARDINAL SCALE MFG. CO. Báscula mecánica con estadímetro Modelo 2392, Manual de operación [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.detecto.com/wp-content/uploads/2014/02/2392_Manual_Spanish.pdf
44. Vázquez R, Velázquez, Georgina, Aguilar, López., Álvarez, Georgina, Mancilla JM, Franco Paredes K. Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de Influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos. *Psicol Cienc Soc*. 2010;12(2):5-11.
45. López PP, Mena CR. Legislación vigente y Ética en Investigación Clínica. *Rev Int Cienc Podol*. 2012;6(2):81–93.
46. Lerma M, Sofía NP, Álvarez Gordillo G del C, Nazar Beutelspacher DA, Mondragón Ríos R. Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estud Soc Rev Investig Científica* [Internet]. 2016 [citado 16 de noviembre de 2016];24(47). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=01884557&AN=112385393&h=9XQy%2FRSaldWv1pV2ptqLJd8n%2BjUZPW4EznW0LAltCAw9GRZqwyd6AbOihtzda7tdQzwyKo6YciX%2F9eif793og%3D%3D&crl=c>
47. Silva FL, Silva VAA, Maciel JT. Intervención de kinesiología en individuos con sobrepeso u obesidad: análisis de la composición del cuerpo y calidad de vida. *Rev Científica Cienc Salud* [Internet]. 2015 [citado 21 de octubre de 2015];6(1). Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/185

48. Álvarez Castaño LS, Goez Rueda JD, Carreño Aguirre C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2012 [citado 3 de diciembre de 2014];11(23). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4464>
49. Riquetti P. Fabiola. Correlación entre el Sobrepeso y la Obesidad con la Funcionalidad familiar en el Subcentro de Salud Sayausi. [Internet] [Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar.]. [Cuenca, Ecuador.]: Universidad del Azuay; 2011 [citado 29 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6078/1/08391.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO N° 1: Encabezado del formulario para recolección de datos

Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas. Posgrado De Medicina Familiar Y Comunitaria.
Autopercepción y Constructo de la Imagen Corporal Y Su Relación Con La Actividad Física En Adultos
Con Sobrepeso Y Obesidad, Ricaurte 2015.

La Información proporcionada en este formulario será de absoluta confidencialidad. Los datos que usted facilite serán utilizados para la investigación propuesta.

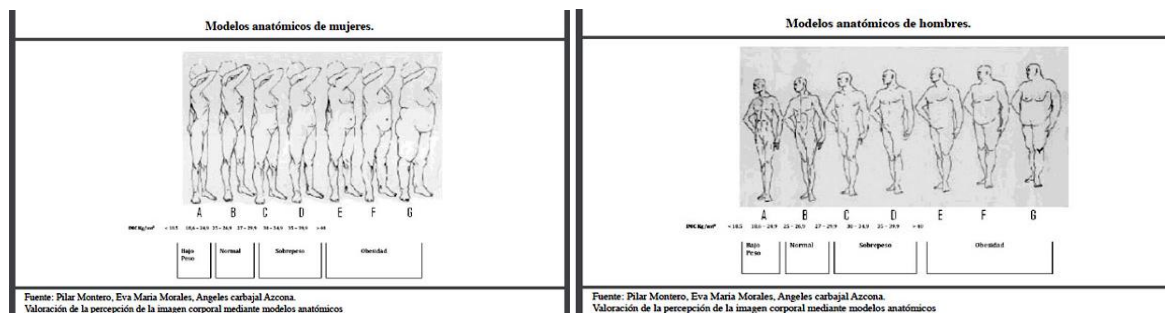
FORMULARIO # _____ FECHA: Día/Mes/Año ____/____/____ Hora de Inicio: ____/____ Hora de Finalización ____/____

DATOS DE FILIACIÓN										HISTORIA CLINICA:
01. NOMBRE:										
02. FECHA DE NACIMIENTO:	____/____/____		03. EDAD EN AÑOS:			TELEFONO:				
04. SEXO:	4.1. MASCULINO:	<input type="checkbox"/>	4.2. FEMENINO:	<input type="checkbox"/>						
05. INSTRUCCIÓN:	5.1. PRIMARIA:	<input type="checkbox"/>	5.2. SECUNDARIA:	<input type="checkbox"/>	5.3. TERCER NIVEL:	<input type="checkbox"/>	5.4. CUARTO NIVEL:	<input type="checkbox"/>	5.5. ANALFABETA:	<input type="checkbox"/>
06. ESTADO CIVIL:	6.1. SOLTERO:	<input type="checkbox"/>	6.2. CASADO:	<input type="checkbox"/>	6.3. UNIÓN LIBRE:	<input type="checkbox"/>	6.4. DIVORCIADO:	<input type="checkbox"/>	6.5. VIUDO:	<input type="checkbox"/>

ANEXO N° 2: APGAR Familiar

APGAR FAMILIAR		Casi Nunca: 0	A veces: 1	Casi Siempre 2	
ADAPTACIÓN:	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.				
PARTICIPACIÓN:	Me satisface la Forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.				
APOYO:	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.				
AFEECTO:	Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor				
RECURSOS:	Me satisface cómo compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios de la casa y el dinero.				
TOTAL					
8.1. FUNCIONAL:	<input type="checkbox"/>	8.2. DISFUNCIÓN MODERADA:	<input type="checkbox"/>	8.3. DISFUNCIÓN SEVERA:	<input type="checkbox"/>
De 7 A 10		DE 4 A 6		DE 0 A 3	

ANEXO N° 3. Modelos anatómicos para valoración de la percepción de la imagen corporal. Pilar Montero.



ANEXO N° 4. IMC percibido, deseado y real.

10.1. Cuando se mira desnudo al espejo, ¿Con cuál de estas imágenes se siente más identificado/a?

Ubicar la letra a la que corresponde la imagen seleccionada. (Letra y Número) IMC Percibido: ☐ ☐

10.2. ¿Indique por favor cuál sería el tamaño o figura que desearía tener? (Letra y Número) IMC Deseado ☐ ☐

10.3. Ubicar la Imagen a la que corresponde el IMC real. (Letra y Número) ☐ ☐

A=1 (IMC < 18,5) B = 2 (IMC 18.6 – 24,9), C = 3 (IMC 25 – 26,9), D = 4 (IMC 27 – 29,9), E = 5 (30 – 34,9), F = 6 (IMC 35 – 39,9), G = 7 (IMC > 40)

ANEXO N° 5. Percepción de la imagen corporal e Insatisfacción corporal.

10.5. PERCEPCIÓN: IMC REAL MENOS IMC PERCIBIDO (Números) = ☐

10.5.1. Se ve Igual (Valor Igual a Cero) (Igual) ☐

10.5.2. Se ve más delgado de lo que en realidad es (Valor superior a Cero) (Sub Estimación) ☐

10.5.3. Se ve más gordo de lo que en realidad es (El valor es inferior a cero) (Sobre Estimación) ☐

10.6. INSATISFACCIÓN CORPORAL Si el valor del IMC Real difiere del IMC Deseado 10.6.1. SI ☐ 10.6.1. NO ☐

ANEXO N° 6. CUESTIONARIO DE INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES

– MUJERES (CIMEC) (Vázquez, et al. 2000)

No	CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL PARA MUJERES (CIMEC-40)	No Nunca (0)	Sí a veces (1)	Sí Siempre (2)	No CIMEC 40
1	Cuando está viendo una película, ¿mira a las actrices fijándose especialmente si son gordas o delgadas?				1
2	¿Tiene alguna amiga o compañera que haya seguido una dieta adelgazante?				2
3	Cuando come con otras personas ¿se fija en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?				3
4	¿Envidia el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?				4
5	¿Le angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que le han quedado pequeñas o estrechas?				5
6	¿Llaman su atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?				6
7	¿Llaman su atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?				8
8	¿Siente deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ve un anuncio dedicado a ellas?				9
9	¿Habla con las personas de su familia acerca de actividades o productos adelgazantes?				10
10	¿Le atrae y a la vez le angustia (por verse gordita) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etcétera?				11
11	Cuándo va por la calle ¿se fija en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?				12
12	¿Ha hecho régimen para adelgazar alguna vez en su vida?				13
13	¿Comentan sus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?				14
14	¿Llaman su atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?				15
15	¿Envidia la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas y en los anuncios de prendas de vestir?				16
16	¿Le angustia que le digan que esta "lilenita", "gordita", "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?				17
17	¿Crees que sus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?				18
18	¿Le atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?				19
19	¿Le angustian los anuncios que invitan a adelgazar?				21
20	¿Ha hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?				22
21	¿Le interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?				23
22	¿Le angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?				25
23	¿Le interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?				26
24	¿Tiene alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?				27
25	¿Siente deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ve u oye un anuncio dedicado a estos productos?				28
26	¿Le preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?				29
27	¿Tiene alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?				30
28	¿Envidia la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?				31
29	¿Habla con sus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?				32
30	¿Siente deseos de usar una crema adelgazante cuando oye o ve anuncios dedicados a esos productos?				33
31	¿Recuerda frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?				35
32	¿Cree que sus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?				36
33	¿Le atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior?				37
34	¿Llaman su atención los anuncios de productos laxantes?				38
35	¿Le resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no son?				39
	TOTAL				

ANEXO N° 7. CUESTIONARIO DE INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES

– HOMBRES (CIMEC) (Vázquez, et al. 2010)

No	CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS DEL MODELO ESTÉTICO CORPORAL PARA HOMBRES (CIMEC) Vázquez, et al 2010.	No Nunca (0)	Sí a veces (1)	Sí Siempre (2)	No CIMEC 40
1	Cuando está viendo una película, ¿mira a los actores fijándose especialmente si son gordos o delgados?				1
2	¿Tiene algun amigo o compañero que haya seguido una dieta adelgazante?				2
3	¿Llama su atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?				6
4	¿Le preocupa tener las piernas demasiado delgadas?				8
5	¿Siente deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ve un anuncio dedicado a ellas?				9
6	¿Habla con las personas de su familia acerca de actividades o productos adelgazantes?				10
7	¿Le angustia (por verse gordito) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etcétera?				11
8	Cuándo va por la calle ¿se fija en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?				12
9	¿Ha hecho régimen para adelgazar alguna vez en su vida?				13
10	¿Comentan sus amigos y compañeros los anuncios y productos destinados a adelgazar?				14
11	¿Llaman su atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?				15
12	¿Envidia la musculatura de algunos actores?				16
13	¿Ha comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de su cuerpo?				17
14	¿Cree que sus amigos y compañeros están preocupados por el excesivo volumen de algunas partes de su cuerpo, o el escaso volumen de algunas partes de su cuerpo?				18
15	¿Le preocupa el excesivo volumen de su estomago o de tu trasero?				20
16	¿Le angustian los anuncios que invitan a adelgazar?				21
17	¿Ha hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?				22
18	¿Le interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?				23
19	¿Le interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?				26
20	¿Tiene algun amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?				27
21	¿Siente deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ve u oye un anuncio dedicado a estos productos?				28
22	¿Le preocupa que tus brazos y pechos sean poco musculosos?				29
23	¿Tiene algun amigo o compañero que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?				30
24	¿Alguna vez ha hecho algún ejercicio físico para desarrollar su cuerpo o sus músculos?				33
25	¿Cree que los muchachos y jovenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?				34
26	Ante Muchachos y hombres jovenes ¿Se fija en las personas que pasan para ver si son fuertes o musculosos?				36
27	¿Le ha dado vergüenza desnudarse ante sus compañeros por temor a que le vean demasiado delgado?				37
28	¿Tiene algún compañero o amigo que haya hecho o este haciendo algun tipo de ejercicio físico para desarrollar su cuerpo o sus músculos?				38
29	¿Le resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas o con musculatura que las que no lo son?				39
	TOTAL				

ANEXO N° 8. IPAQ Versión larga modificada culturalmente. ENSANUT 2012.

12. SECCIÓN 1. ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON TRANSPORTE											
ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CIRCULO.											
Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las siguientes preguntas se referirán al tiempo durante el cual estuvo físicamente activo (a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Piense en aquellas actividades que usted hace para ir de un sitio a otro y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.											
Ahora piense en cómo se desplazó como pasajero o conductor usted de un lugar a otro, en los últimos 7 días. Por ejemplo: Ida y regreso del colegio, trabajo, hacer mandados, pagar cuentas, comprar mercado, ir al cine, entre otras.											
12.1 Durante los últimos 7 días, ¿se desplazó (como pasajero o conductor) en cualquiera de los siguientes VEHICULOS DE MOTOR: bus, carro particular, taxi, moto, buseta, tricimoto, lancha o trolebús? RECUERDE: Se incluye pasajero de bicicleta.						SI.....1 NO.....2		Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 12.3			
12.2 Indíqueme cuales días y cuánto tiempo se desplazó usted en un vehículo de motor como bus, carro particular, taxi, moto, buseta, lancha, tricimoto o trolebús. Indique al encuestado cual es el tiempo real que pasa EN TODOS los vehículos que se transportó. Incluye pasajero de una bicicleta.											

1	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

2	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.											
Las preguntas que viene a continuación se refieren a si (...) condujo la bicicleta, para ir de un lugar a otro, incluyendo sitios como el trabajo, estudio, tiendas, entre otros, SIN propósito de recreación o deporte. Por favor, NO incluya las actividades que usted ya mencionó.											
12.3 Durante los últimos 7 días, ¿Condujo bicicleta al menos 10 minutos seguidos, para ir de un lugar a otro, SIN propósitos de recreación y deporte? Incluya, ir a lugares como su trabajo, supermercados, bancos, sitios de estudio, entre otros.						SI.....1 NO.....2		Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 12.5			
12.4 Indique cuáles días y cuánto tiempo condujo bicicleta para ir de un lugar a otro, SIN propósito de recreación y deporte.											

1	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

2	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.											
Ahora piense únicamente en las caminatas que realizó para desplazarse de un lugar a otro, en los últimos 7 días como ida y regreso a pagar cuentas, comprar el mercado, ir a la universidad o trabajo, hacer mandados, SIN propósito de recreación y deportes.											

12.5 Durante los últimos 7 días, ¿caminó para ir de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	SI.....1 NO.....2	Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 13.1
12.6 Indique cuáles días y cuánto tiempo camino para ir de un lugar a otro, SIN propósito de recreación y deporte.		

1	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos
2	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.

13. SECCIÓN II. ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADA CON LA RECREACIÓN, DEPORTE Y TIEMPO LIBRE.

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CIRCULO.

Ahora piense en actividades físicas que usted realizó en los últimos 7 días únicamente por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre, NO incluya actividades que ya haya mencionado.

13.1 Durante los últimos 7 días, ¿caminó por lo menos 10 minutos continuos por recreación, deporte, ejercicio o en su tiempo libre?	SI.....1 NO.....2	Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 13.3
13.2 Indique cuáles días y cuánto tiempo camino para ir de un lugar a otro, CON propósito de recreación y deporte.		

1	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos
2	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.

Ahora piense en actividades físicas moderadas que realizó en su tiempo libre, en los últimos 7 días. Las actividades físicas moderadas son las que le hacen respirar algo más fuerte de lo habitual por lo menos durante 10 minutos seguidos, por ejemplo montar en bicicleta, trotar a paso regular, bailar en ritmo suave. NO incluya actividades que ya haya mencionado.

13.3 Durante los últimos 7 días, ¿realizo actividades físicas moderadas en su tiempo libre?	SI.....1 NO.....2	Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 13.5
13.4 Indique cuáles días y cuánto tiempo realizó actividades físicas moderadas en su tiempo libre.		

1	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos
2	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos	Horas	Minutos

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.



13.5 Durante los últimos 7 días, ¿realizo actividades físicas vigorosas en su tiempo libre, por lo menos 10 minutos seguidos?	SI.....1 NO..... 2	Si la respuesta es NO Pase a la pregunta 13.7
---	--------------------------	--

13.6 Indique cuáles días y cuanto tiempo realizó actividades físicas vigorosa en su tiempo libre.

ENCUESTADOR/A: Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacía atrás hasta cumplir 7 días.

13.7 en alguno de los últimos fines de semana ¿usted fue al CICLOPASEO con propósito de deporte o recreación?	SI.....1 NO.....2
---	----------------------

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 9. Carta de aprobación del protocolo por el comité de bioética de la universidad central del ecuador

Doctora

Elizabeth de la CRUZ

UNIVERSIDAD DE CUENCA

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Cuenca

De nuestra consideración

El Comité de Bioética (COBI), informa a usted que el 25 SEP de 2015, aprobó los siguientes documentos correspondientes al Protocolo del Protocolo previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: Autopercepción y constructo de la imagen corporal y su relación con la actividad física en adultos con sobrepeso y obesidad. Ricaurte, 2015.

1. Protocolo de estudio fechado el 18 JUN 2015
2. Formulario de Consentimiento Informado e Información para la Paciente fechado el 18 JUN 2015
3. Curriculum Vitae

Muy atentamente,

Para ver esta película, debe
disponer de QuickTime™ y de
un descompresor .

Dr. Edmundo ESTEVEZ M.

By BIOETHICS COMMITTEE

COBI

ANEXO N° 10. Consentimiento Informado datos cuantitativos.

Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas. Posgrado De Medicina Familiar Y Comunitaria. Autopercepción y Constructo de la Imagen Corporal Y Su Relación Con La Actividad Física En Adultos Con Sobrepeso Y Obesidad, Ricaurte 2015.

Los problemas nutricionales como el sobrepeso y obesidad son consideradas actualmente una epidemia a nivel mundial, de origen multifactorial, y relación directa con enfermedades crónicas no transmisibles, con un alto costo para el estado. Los problemas nutricionales son considerados líneas primordiales a seguir en investigación por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Es importante valorar la autopercepción y constructo de la Imagen Corporal y su relación con la Actividad Física en adultos con sobrepeso y obesidad que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte.

Este estudio tendrá una duración de dos años. La evaluación es sencilla y no implica *riesgos* para Usted, se utilizará modelos anatómicos, un cuestionario de Influencias de los modelos estéticos corporales y de actividad física. De forma paralela se solicitará información para conocer datos demográficos, estructurales y funcionales con respecto a la familia de los participantes, con fines exclusivamente para la investigación.

Los *beneficios* son la evaluación nutricional gratuita, de autopercepción y actividad física, y en caso de detectarse alguna anormalidad se le informará de manera amplia sobre el diagnóstico y se le apoyará para recibir atención multidisciplinaria por profesionales de la salud.

Se tomarán precauciones para resguardar la intimidad y confidencialidad de la información obtenida. La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso. Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones de los resultados de este estudio. Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Se proporcionarán charlas grupales, para que usted conozca en detalle el propósito de este estudio. Se cuenta con el permiso de la Dirección de Salud del Azuay, el Subcentro de Salud de Ricaurte y la Universidad Estatal de Cuenca. Para mayor información se puede contactar al teléfono 0987726676 preguntar por la Md. Elizabeth de La Cruz.

Yo..... Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

FIRMA:.....

FECHA:.....

ANEXO N° 11. Consentimiento Informado de la Entrevista Cualitativa.**Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas.****Posgrado De Medicina Familiar Y Comunitaria. Autopercepción y Constructo de la Imagen Corporal Y Su Relación Con La Actividad Física En Adultos Con Sobrepeso Y Obesidad, Ricaurte 2015.**

Los problemas nutricionales como el sobrepeso y obesidad son consideradas actualmente una epidemia a nivel mundial, con un alto costo para el estado, son considerados líneas primordiales a seguir en investigación por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Es importante valorar la autopercepción y constructo de la Imagen Corporal y su relación con la Actividad Física en adultos con sobrepeso y obesidad que acuden al Subcentro de Salud de Ricaurte.

Nos gustaría que usted nos ayude proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios elaborados en anexo y participando en una entrevista detallada sobre aspectos relacionados con la Autopercepción de la Imagen Corporal y su relación con la Actividad física. Esta entrevista tomará aproximadamente una hora. Para ello se filmaran las conversaciones de tal manera que podamos recopilar sus opiniones y expresiones, estas nos servirán para comprender de mejor manera las percepciones acerca de su cuerpo y la realización de actividad física.

La entrevista se realizará en un espacio que usted considere cómodo de su hogar u espacio que usted crea conveniente en una cita que programaremos con usted, de forma que no se vean afectadas sus actividades rutinarias. Su participación no tendrá ningún costo para usted. Si usted participa la información que nos dé será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo usará los códigos numéricos.

Usted puede decidir no participar, si es así solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Yo..... Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta entrevista.

FIRMA:.....**FECHA:.....**

ANEXO N° 12. Guía para las entrevistas a profundidad

Autopercepción:

- ¿Has estado contento/contenta con tu cuerpo?
- ¿Has estado contento/a con la ropa que usas?
- ¿Has estado preocupado/a por cómo te ves físicamente?
- ¿Has tenido envidia de cómo se ven otros/as niños/as?
- ¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?

Sentimientos y Actitudes:

- ¿Has disfrutado de la vida con tu peso?
- ¿Te has sentido contento/a con el peso que tienes?
- ¿Te has sentido satisfecho/a con tu peso?

Emociones Negativas:

- ¿Te has sentido triste o deprimido/a por tu peso?
- ¿Te has sentido inferior o rechazado/a por tu peso o imagen?,

Emociones Positivas:

- ¿Te sientes contento/a y cómodo/a con el tamaño de tu cuerpo?
- ¿Te consideras una persona abierta y comunicativa?
- ¿Sientes que gozas de la vida como gozas de la comida?

Actividad física:

- Has estado físicamente activo/a (ej. Corriendo, escalando, andando en bicicleta, etc.)
- ¿Has sido capaz de correr sin dificultad?
 - ¿Te has sentido lleno/a de energía?

Sobrepeso/Obesidad:

- En general ¿Cómo dirías que está tu peso o tu estado nutricional?
- ¿Consideras que es necesario bajar de peso?
 - ¿Crees necesario tomar alguna acción para bajar de peso?